

## Информированное добровольное согласие на процедуру

«

аппаратом (S. Korea)»

Я, \_\_\_\_\_

(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на процедуру

аппаратом **Liftera** области (ей):

\_\_\_\_\_ (указать области)

в Обществе с ограниченной ответственностью « \_\_\_\_\_ ».

Врачом-косметологом \_\_\_\_\_

(Ф. И. О. медицинского работника)

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" я проинформирован (а) о методике, показаниях, противопоказаниях особенностях и ожидаемом результате.

Аппарат (S. Korea)

количества факторов

Ожидаемый эффект зависит от большого

подтяжку лица.

результата операции.

**Показания к процедуре:**

Мне разъяснено и понятно, что процедура не может заменить хирургическую  
после проведения пластической операции \_\_\_\_\_ и сохранения

**Противопоказания:**

Абсолютные:

Относительные:

**Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данной медицинской услуги.**

**Настоящим я подтверждаю**

**противопоказаний к проведению процедуры.**

**Подготовка к процедуре:**

Для достижения максимального эффекта рекомендуется

Эффективность процедуры зависит от

. В случае отсутствия подготовки к процедуре эффективность

Срок оценки результатов –

Срок сохранения эффекта

. Может быть меньше или больше, заявленного производителем

исходя из индивидуальных особенностей организма.

Мне разъяснены и понятны сроки продолжительности эффекта,

. Мне

разъяснено и понятно, что

процесса старения.

сторону. Иногда возникает потребность в

заявленной производителем в ту или иную

индивидуальных особенностей организма. Я осознаю, что медицина – не точная

наука и даже

Мне полностью понятно, что представления других людей

**Нежелательные явления и осложнения:**

я.

**Незамедлительно следует обратиться к врачу, если:**

**Общие рекомендации после процедуры.**

В течение двенадцати часов после процедуры нельзя

Процедуру HIFU рекомендуется проводить

биоревитализации – через месяц или по согласованию с врачом. Процедуру HIFU рекомендуется проводить за 2 недели до процедуры ботулинотерапии. После процедуры ботулинотерапии HIFU можно проводить не

процедуру HIFU через 2 недели после я гематом и отека. Процедуры HIFU рекомендуется проводить либо до,

**Я предупредил (а) врача обо всех косметологических процедурах, пластических операциях, медицинских вмешательствах на лице, а именно:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ за последний год, а также обо всех тканевых искусственных имплантатах, когда-либо вводимых мне в кожу, а именно:

**Я планирую свои дела после процедуры с учетом возможных реакций.**

**Я понимаю, что две половины человеческого лица всегда ассиметричны и имеют некоторые различия и эти различия могут остаться после процедуры.**

Мне полностью ясно, что

**ОЦЕНКА ДОСТИЖЕНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА:**

Оценка результата процедуры, в том числе эстетического, осуществляется при помощи

В некоторых случаях результат может быть менее выражен, в том числе в связи с завышенными ожиданиями пациента.

**Мне разъяснено и понятно, что**

будут использованы для иных целей кроме контроля качества и безопасности медицинских услуг, а также не будут переданы Федерации.

Мной прочитано лично, смысл и содержание всех терминов мне разъяснены и понятны. Мне была предоставлена возможность задавать любые вопросы, я получил (а) исчерпывающие ответы. Рекомендации в постпроцедурный период на руки получены.

**На основании полученной информации, даю согласие на проведение процедуры.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Подпись и ФИО Пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Врач косметолог \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /