

«УТВЕРЖДАЮ»  
Генеральный директор

\_\_\_\_\_ (название организации)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО)

м.п. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

пациента на проведение косметологических процедур  
«Атравматическая чистка лица» и «Комбинированная чистка лица»

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО пациента), \_\_\_\_\_ года рождения (далее – Пациент),  
даю свое информированное добровольно согласие на проведение процедуры

\_\_\_\_\_ в косметических целях врачом

\_\_\_\_\_ (ФИО врача) в

\_\_\_\_\_ (название организации), ИНН \_\_\_\_\_ (далее – Исполнитель).

Основа метода – удаление рогового слоя эпидермиса и избыточного секрета сальных желез с поверхности кожи ручным механическим или инструментальным методом с использованием косметических препаратов.

Показания к проведению процедуры: угревая сыпь, милиумы, комедоны; жирная кожа с расширенными порами; снижение тонуса и тургора кожи.

Противопоказания к проведению процедуры: гипертония; экзема; герпес; гнойничковые заболевания; купероз на лице.

Иные противопоказания обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

Рекомендованный курс процедур: 4-6 сеансов с интервалом в 1-2 месяца.

Возможные побочные реакции после процедуры: покраснение кожи лица; отеки; гематомы; воспалительные элементы на коже.

Пациент проинформирован, что существует редкая вероятность индивидуальных побочных эффектов или серьезных осложнений, включая ожог, перманентное обесцвечивание, выраженная пигментация и рубцы. Пациенту известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет этого избежать.

Рекомендации после проведения процедуры предоставлены Пациенту в полном объеме. Пациент понимает, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье Пациента.

Вариативность процедуры. Пациент предупрежден и согласен с тем, что объем манипуляций в ходе данной косметологической процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки данной косметологической процедуры или проведения другой процедуры пациент доверяет своему лечащему врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми.

Информация о здоровье пациента. Пациент поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем Пациента, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных Пациентом и известных Пациенту травмах, операциях,

заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на него во время жизнедеятельности.

Пациент сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Пациент понимает, что выполнение данной процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Пациент утверждает, что вышеуказанных противопоказаний, а также индивидуальных противопоказаний к процедуре, о которых Пациенту сказал лечащий врач, у Пациента нет.

Информирование о процедуре. Пациент в полной мере проинформирован об особенностях косметологической процедуры, о методе её оказания, этапах её выполнения, показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях и результатах. Получив полную информацию о предстоящей косметологической процедуре, пациент подтверждает, что ему понятен смысл всех терминов, и он добровольно соглашается на данную процедуру.

Настоящее согласие совершено пациентом по собственной воле и закрепляет действительное намерение провести указанную в настоящем согласии косметологическую процедуру. Пациент имел возможность задать своему лечащему врачу все интересующие пациента вопросы. Пациенту даны исчерпывающие ответы на все заданные пациентом вопросы.

Данное согласие является подтверждением обсуждения пациента с медицинским работником вышеупомянутой процедуры. Пациент подтверждает, что до подписания договора о предоставлении платных медицинских услуг он прочитал и понял всю представленную ему информацию.

Пациент согласен с тем, что назначение лечащим врачом данной процедуры для пациента носит лишь рекомендательный характер и не даёт 100% гарантии положительного эффекта.

Обращение в стороннее медицинское учреждение. Пациент согласен с тем, что в период проводимого лечения без согласования с лечащим врачом или администрацией Исполнителя при обращении в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма, осложнений – исключает виновное пренебрежение законным интересам пациента со стороны Исполнителя, и последняя не принимает на себя ответственности за проведение альтернативного вмешательства, делающим невозможным завершить неоконченную медицинскую услугу.

Сроки осмотров. Пациент информирован о том, что в течение трёх дней после оказанной ему процедуры он должен явиться на плановый осмотр к дежурному врачу Исполнителя, где пациенту выполнялась манипуляция, а также на контрольный осмотр к своему лечащему врачу, дату которого устанавливает последний. При отсутствии в течение этого срока побочных реакций после проведения процедуры и претензий к результату оказанной услуги пациент является на плановый и контрольный осмотры по своему усмотрению в согласованное с врачом время.

Пациент \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 20 г.

Врач \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ 20 г.