

«Косметологическая клиника доктора Кенсдовской»

Лист согласования косметологической услуги

«Контурная пластика (объёмное моделирование препаратами гиалуроновой кислоты) гидроксияпатита кальция» с пациентом

лист согласования является неотъемлемой частью договора на оказание косметологических услуг

В соответствии с Законодательством РФ об охране здоровья граждан, я, Пациент имею право на информированное и добровольное согласие на лечение, в связи с чем уполномочиваю врача ФИО провести _____ эстетической зоны (носогубной складки, носослёзной складки, губ, скул, височной области, кисетных морщин губ, подбородка).

Настоящий документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я имел(а) возможность ознакомиться с предполагаемым лечением и мог (могла) отказаться от него, либо дать согласие на проведение лечения.

Врач оставил мне следующий диагноз: _____ и указал на необходимость проведения лечения. Отказ от лечения может повлечь за собой прогрессирование процесса, либо отсутствие эффекта от других проводимых видов лечения.

Я понимаю, что данное лечение является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач, ФИО мне понятно объяснила суть метода. Я предупреждён(а), что после введения препарата могут появиться реакции, типичные для самой процедуры инъекции: припухлость, покраснение, боль или болезненность при прикосновении, зуд, изменение цвета кожи в месте введения препарата. Эти реакции обычно самопроизвольно проходят через 1-2 дня после инъекции в кожу лица или в течение недели после инъекционной коррекции губ. Другой тип реакции встречается значительно реже. Однако, приблизительно у одного из 2000 пациентов в области инъекции может появиться отёк, захватывающий и окружающие ткани. В единичных случаях в месте введения препарата наблюдается покраснение, болезненность, высыпания, похожие на угри. Эти явления могут возникнуть как вскоре после инъекции, так и спустя 2-4 недели. Интенсивность вышеуказанных реакций варьируется от слабой до умеренной, наблюдаются они в среднем 2-4 недели, а затем самопроизвольно исчезают.

Я, Пациент, обязуюсь выполнять после проведения процедуры следующие рекомендации:

- Избегать воздействия высоких температур на область инъекции (горячие компрессы, сауны, бани) в течении 14 дней.
- Не использовать наружные раздражающие средства.

Я подтверждаю, что в области, предназначенные для коррекции, мне не были введены инъекционные препараты другого состава. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.

Я понимаю необходимость контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, оговоренному с врачом и записанном в медицинской карте.

Я информировал(а) врача ФИО обо всех обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

Мне объяснили, что на оказанные мне услуги устанавливается гарантийный срок 3 месяца. Мне гарантируется устранения всех недостатков, если они не являются следствием нарушения мною прямых указаний и рекомендаций врача.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Пациент **внимательно ознакомился с настоящим Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.**

Врач ФИО

Подпись

Дата

Пациент Пациент

Подпись

Дата