

«Косметологическая клиника доктора Кейсовской»

**Лист согласования косметологической услуги
«радиоволновой удаление закрытых комедонов» 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 процедуру диатермокоагуляции (радиоволнового удаления).

Врач поставила мне следующий диагноз: акне и указала на необходимость проведения комплексного лечения. Отказ от лечения может повлечь за собой прогрессирование процесса, и, как следствие, формирование рубцов, дисхромии (пигментации и депигментации). Удаление комедонов как открытого, так и закрытого типов, являются частью комплексного лечения.

Врач ФИО мне понятно объяснила все возможные осложнения, которые могут возникнуть, воспаление кожи на месте удаления. Я предупрежден(а), что исходом после удаления данного новообразования будет образование мелких корок диаметром до 0,1 см.

Я обязуюсь выполнять рекомендации врача:

- зоны воздействия на коже протирать 0.05% раствором хлоргексидина 2 раза в день длительностью 1-2 дня
- в день процедуры кожу в зоне проведения процедуры не мочить
- в день процедуры не заниматься работами, при которых возможно загрязнение кожи в зоне проведения процедуры (ремонт, генеральная уборка), а также воздержаться от занятия спортом.

Я понимаю необходимость контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по согласованию с лечащим врачом.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях в случае применения аппликационной анестезии. Я информировал врача 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 были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Врач объяснил мне, что на оказываемые мне услуги устанавливается гарантийный срок 1 год. Мне гарантируется устранение всех недостатков, если они не являются следствием нарушения мною прямых указаний и рекомендаций врача.

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

Врач ФИО

Пациент

Подпись _____

Подпись _____

Дата _____

Дата _____