

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ

Я, _____

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.

Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «Кораллдент»** (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **на проведение процедуры биоревитализация.**

Я, проинформирован(а) о методике выполнения процедуры биоревитализации и даю своё согласие на её проведение в области _____.

Мне рассказали, и я понял(а), что процедура представляет собой метод внутридермального инъекционного введения лекарственных препаратов, с целью профилактики большинства эстетических проблем: сухость кожи со сниженным тонусом и упругостью мышц, мелкие морщины в области лица и декольте, носогубные складки, темные круги под глазами, неровный рельеф кожи, расширенные поры на лице, пятна постакне и другие заболевания.

На консультации врач вместе со мной подробно обсудил все вопросы, касающиеся использования биоревитализации, выбрал препараты для устранения моей проблемы и составил программу выполнения процедур.

Осведомлен(а), что для получения наиболее стойкого положительного результата необходимо пройти курс биоревитализации, предложенный доктором. Рекомендуемый курс лечения состоит из 2-4 процедур с интервалом в 14 дней, с последующими поддерживающими процедурами и последующим уходом за кожей в домашних и клинических условиях. Состав коктейля, дозировка и область введения определяются индивидуально. Количество процедур зависит от индивидуального состояния пациента.

Мне сообщили, что при проведении процедуры биоревитализации возможно применение местной анестезии (аппликационной) с целью обезболивания, эффективность которой так же не может быть гарантирована, но гарантировано выполнение всех процедур специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих правил применения и норм санитарно-эпидемиологического режима.

Я осведомлен(а), что процедура биоревитализации имеет некоторые особенности подготовительного и восстановительного периодов, противопоказания и возможные осложнения.

1. Перед процедурой биоревитализации рекомендуется:

- за неделю до предполагаемой процедурой не посещать солярий и воздержаться от загара на пляже;
- за 3-4 дня до процедуры не принимать препараты, разжижающие кровь;
- за 3 дня прекратить прием любых лекарств (если есть обязательные, оставьте только их);
- в день процедуры старайтесь не использовать декоративную косметику;
- предупредите врача, если когда-либо у вас было обострение герпеса.

2. После процедуры биоревитализации необходимо:

- в течение нескольких часов не пользоваться декоративной косметикой;
- в течение 5 дней не посещать сауну, баню, солярий, активно не загорать на пляже;
- в течение 5 дней другие косметологические процедуры проводить только по согласованию с врачом-косметологом.

3. После процедуры могут наблюдаться побочные эффекты:

- кожно-аллергические реакции (сыпь, покраснения);
- боль в области уколов;
- синяки в местах инъекций.

4. Противопоказаниями к выполнению процедуры биоревитализации являются:

- беременность;
- период лактации;
- онкологические патологии;
- угревая болезнь или воспалительные элементы;
- вирусные заболевания;
- склонность к келоидным рубцам;
- индивидуальная непереносимость компонентов «биококтейля»;

- сахарный диабет
- аллергические реакции.

5. Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о нижеследующем:

- хронических и острых заболеваниях, перенесенных травмах, операциях;
- аллергических реакциях, в том числе на медицинские препараты;
- лечении, процедурах и манипуляциях, выполненных в течение предыдущего года и осуществляемых в настоящее время в других медицинских и/или косметологических учреждениях;
- лекарственных препаратов, принимаемых в настоящее время;
- вредных привычках.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалиста, не скрывая информацию о состоянии своего здоровья.

Я предупрежден(а), что в случае несоблюдения предписанных рекомендаций после проведения данной процедуры могут возникнуть осложнения.

Я понимаю, что небольшая асимметрия тела (практически незаметные различия в строении правой и левой половины) является нормальным физиологическим состоянием, обусловленным генетическими особенностями и эти различия могут сохраняться после процедуры.

Я понимаю, что выполнение данной процедуры не может абсолютно гарантировать получение желаемого результата на 100% в независимости от количества выполненных процедур.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Мною получена вся информация, и она мне понятна. Мне даны ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с проведением данной процедуры. Даны рекомендации до и после ее проведения. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на указанную манипуляцию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю свое согласие на процедуру. Меня проинформировали о противопоказаниях к процедуре биоревитализации, и своей подписью я подтверждаю, что данных противопоказаний у меня не имеется.

Своей подписью я так же подтверждаю, что в области, предназначенные для коррекции, мне не были введены иные, кроме указанных в согласии, инъекционные препараты другого состава.

Пациент/Законный представитель пациента:

Подпись: _____/_____

Врач:

Подпись: _____/_____

Дата: {ДатаПолная}