

# Информированное согласие на оказание процедуры мезотерапии, биоревитализации

Я \_\_\_\_\_ В \_\_\_\_\_  
соответствии со ст. ст.20, 22, 27, 84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» -ФЗ доверяю специалистам Клиники Митра (ООО «Стомодент») выполнить процедуру **мезотерапии, биоревитализации** (подчеркнуть)

1. Ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры и даю свое согласие на ее проведение.
2. Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков до, и после процедуры для сравнительной оценки.
3. Осведомлен(а), что курс лечения проводится в несколько сеансов с последующими поддерживающими процедурами и требует сопутствующего и последующего ухода за кожей в домашних и клинических условиях.
4. Предупрежден(а), что процедуру сопровождает болезненность в местах введения препарата.
5. Предупрежден(а), что после процедуры могут возникнуть кровоизлияния, отечность, гиперпигментация, гиперемия (покраснение) кожи, небольшие корочки в местах вкола.
6. Предупрежден(а), что в некоторых случаях процедура может вызвать токсико-аллергическую реакцию.
7. Осведомлен(а), что процедура не является радикальным лечебным мероприятием, следовательно, ее эффективность ограничивается лишь улучшением вида очагов целлюлита, локального отложения жира, морщин и состояния кожи и волос.
8. Осведомлена, что процедура не проводится при обострении хронических и наличии острых заболеваний (повышение температуры и т. д.).
9. Предупрежден(а), что несоблюдение рекомендации косметолога по домашнему уходу за кожей освобождает учреждение от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Мне ясно, что предложенное лечение направлено на улучшение качества моей кожи и достижения эстетического результата. Я осознаю, что перспективы и результаты предложенного мне лечения зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения рекомендаций врача по сохранению результата лечения, посещения профилактических осмотров. Я проинформирован(а), что результат лечения может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован. Я проинформирован(а), что исполнитель при оказании услуги качественно выполняет все клинические и технологические этапы диагностики и лечения. Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения, я обязан(а) поставить в известность врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и прошлом.

Все медицинские термины мне разъяснены и понятны.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

\_\_\_\_\_ ( ФИО, подпись)

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.