

### Информированное согласие на оказание процедуры эпиляции

Я, пациент (законный представитель), \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заполняется собственноручно пациентом)

в соответствии со ст. 30, 31, 32 и 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г. проинформирован о том, что мне необходимо выполнить \_\_\_\_\_

Осведомлен(а), что метод применяется для эпиляции волос (насадка DS, DSL; лазерная эпиляция).

**Ожидаемый результат:** после нескольких сеансов рост волос уменьшится. Это снижение является постепенным и накапливающимся. Между сеансами лечения рост волос продолжается, но их будет меньше, они будут тоньше, светлее и будут расти медленнее

Абсолютными **противопоказаниями** к процедуре являются:

- Беременность и кормление грудью;
- Онкологические (раковые) заболевания;
- Тяжелые, некомпенсированные заболевания внутренних органов;
- Металлические имплантанты в области применения лечения;
- Наличие стимулятора сердечной деятельности;
- Наличие кохлеарного имплантанта;
- Аллергия на свет и/или солнце;
- Заболевания, на ход которых может оказать влияние воздействия волн интенсивного (лазерного) света: системная красная волчанка, порфирия, эпилепсия, склеродермия и т.д.

Я обязуюсь строго следовать всем рекомендациям врача, этапам диагностики и лечения и срокам, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, так как все это необходимо для качественного лечения.

**Возможные побочные эффекты:**

- болевые ощущения;
- покраснение кожи (эритема);
- избыточная пигментация (гипер- и гипо- пигментация);
- избыточная припухлость;
- повреждение естественной текстуры кожи (ожоги).

### Информированное согласие на оказание процедуры эпиляции

Я, пациент (законный представитель), \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заполняется собственноручно пациентом)

в соответствии со ст. 30, 31, 32 и 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г. проинформирован о том, что мне необходимо выполнить \_\_\_\_\_

Осведомлен(а), что метод применяется для эпиляции волос (насадка DS, DSL; лазерная эпиляция).

**Ожидаемый результат:** после нескольких сеансов рост волос уменьшится. Это снижение является постепенным и накапливающимся. Между сеансами лечения рост волос продолжается, но их будет меньше, они будут тоньше, светлее и будут расти медленнее

Абсолютными **противопоказаниями** к процедуре являются:

- Беременность и кормление грудью;
- Онкологические (раковые) заболевания;
- Тяжелые, некомпенсированные заболевания внутренних органов;
- Металлические имплантанты в области применения лечения;
- Наличие стимулятора сердечной деятельности;
- Наличие кохлеарного имплантанта;
- Аллергия на свет и/или солнце;
- Заболевания, на ход которых может оказать влияние воздействия волн интенсивного (лазерного) света: системная красная волчанка, порфирия, эпилепсия, склеродермия и т.д.

Я обязуюсь строго следовать всем рекомендациям врача, этапам диагностики и лечения и срокам, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, так как все это необходимо для качественного лечения.

**Возможные побочные эффекты:**

- болевые ощущения;
- покраснение кожи (эритема);
- избыточная пигментация (гипер- и гипо- пигментация);
- избыточная припухлость;
- повреждение естественной текстуры кожи (ожоги).

СМК	Информационные согласия	Приложение 1	Версия 1	стр. 1 из 4
-----	-------------------------	--------------	----------	-------------

Побочные эффекты могут проявляться либо непосредственно в момент проведения обработки, либо спустя короткие промежутки времени. Несмотря на то, что такие эффекты являются и временными, о любых неблагоприятных реакциях следует **немедленно** сообщать врачу, в течении **суток**.

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.

Ознакомил врач \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г.

## Приложение 2

к договору от " " \_\_\_\_\_ 201 г.  
об оказании медицинских услуг № \_\_\_\_\_

### АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

Настоящий акт составлен в том, что на основании договора «Исполнитель» оказал «Заказчику» следующие медицинские услуги:

№ акт	Дата проведения процедуры	Стоимость процедуры	«Исполнитель» ФИО врача (Подпись врача)	«Заказчик» Услуги оказаны полностью, претензий к качеству и количеству оказанных «Исполнителем» услуг «Заказчик» не имеет: ФИО пациента (Подпись Пациента)

Побочные эффекты могут проявляться либо непосредственно в момент проведения обработки, либо спустя короткие промежутки времени. Несмотря на то, что такие эффекты являются и временными, о любых неблагоприятных реакциях следует **немедленно** сообщать врачу, в течении **суток**.

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.

Ознакомил врач \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г.

## Приложение 2

к договору от " " \_\_\_\_\_ 201 г.  
об оказании медицинских услуг № \_\_\_\_\_

### АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

Настоящий акт составлен в том, что на основании договора «Исполнитель» оказал «Заказчику» следующие медицинские услуги:

№ акт	Дата проведения процедуры	Стоимость процедуры	«Исполнитель» ФИО врача (Подпись врача)	«Заказчик» Услуги оказаны полностью, претензий к качеству и количеству оказанных «Исполнителем» услуг «Заказчик» не имеет: ФИО пациента (Подпись Пациента)

**"Памятка пациента  
о соблюдении лечебно-охранительного режима  
после оказания платных медицинских услуг эпиляции "**

*Уважаемый пациент!*

Для достижения полного и длительного эффекта от лечения Вам необходимо строго следовать нижеуказанным рекомендациям.

**Уход** после проведения процедуры:

- на протяжении следующих дней после процедуры необходимо принимать меры, направленные на предотвращение травмирования обработанных участков: не пользоваться скрабами в течение недели, не принимать горячие ванны, сауны, бани в течении 3-х дней т.д.;
- следует использовать крем с высоким солнцезащитным коэффициентом (не менее 25 SPF) и оберегать обработанный участок от воздействия солнечных лучей на протяжении не менее одного месяца с момента обработки.

Курс лечения зависит от зоны проведения процедуры и цвета волос. После прохождения полного курса в последующие 1,5-5 лет возможно образование новых волосяных луковиц из мезенхимальных клеток – клеток предшественников.

Ознакомил врач \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г.

Я подтверждаю что, на данный момент не беременна, у меня нет острого респираторного заболевания, нет обострения хронических заболеваний, не загорала, не делала поверхностного пилинга в течение последних 2 недель. Даю согласие на проведение процедуры, подтверждаю, что не имею заболеваний перечисленных в противопоказаниях, с последующим уходом ознакомлен(а).

Пациент \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г.

Обращаем Ваше внимание, что полное или частичное несоблюдение рекомендаций врача может повлечь ухудшение состояния Вашего здоровья или негативно сказаться на эстетическом результате лечения.

**"Памятка пациента  
о соблюдении лечебно-охранительного режима  
после оказания платных медицинских услуг эпиляции "**

*Уважаемый пациент!*

Для достижения полного и длительного эффекта от лечения Вам необходимо строго следовать нижеуказанным рекомендациям.

**Уход** после проведения процедуры:

- на протяжении следующих дней после процедуры необходимо принимать меры, направленные на предотвращение травмирования обработанных участков: не пользоваться скрабами в течение недели, не принимать горячие ванны, сауны, бани в течении 3-х дней т.д.;
- следует использовать крем с высоким солнцезащитным коэффициентом (не менее 25 SPF) и оберегать обработанный участок от воздействия солнечных лучей на протяжении не менее одного месяца с момента обработки.

Курс лечения лечения зависит от зоны проведения процедуры и цвета волос. После прохождения полного курса в последующие 1,5-5 лет возможно образование новых волосяных луковиц из мезенхимальных клеток – клеток предшественников.

Ознакомил врач \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г.

Я подтверждаю что, на данный момент не беременна, у меня нет острого респираторного заболевания, нет обострения хронических заболеваний, не загорала, не делала поверхностного пилинга в течение последних 2 недель. Даю согласие на проведение процедуры, подтверждаю, что не имею заболеваний перечисленных в противопоказаниях, с последующим уходом ознакомлен(а).

Пациент \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 г.

СМК	Информационные согласия	Приложение 1	Версия 1	стр. 3 из 4
-----	-------------------------	--------------	----------	-------------

*Обращаем Ваше внимание, что полное или частичное несоблюдение рекомендаций врача может повлечь ухудшение состояния Вашего здоровья или негативно сказаться на эстетическом результате лечения.*