ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение процедуры «Микротоковая терапия»

Я, нижеподписавшийся (-аяся)

_____, _____ г.р.,
(ФИО пациента полностью) (дата рождения)

на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Велнес «Дейли Лайв» на проведение мне процедуры: «Микротоковая терапия» на аппарате _____ врачом:_____.**

Зона(-ы) проведения процедуры (заполняется Врачом):

● _____
● _____
● _____
● _____

1. Перед проведением вышеуказанной процедуры Врач проинформировал меня:
1.1. О показаниях к проведению процедуры:
- возрастные изменения, в том числе фотостарение;
- наличие веснушек и пигментных пятен;
- тусклый цвет лица;
- появление брылей в области щек;
- мимические морщины;
- акне и постакне;
- рубцы, оставшиеся от акне;
- жирная и проблемная кожа;
- отёки;
- слишком чувствительная, обезвоженная дерма;
- расширенные поры, черные точки;
- нарушение рельефа лица;
- экземы, псориаз, дерматиты;
- выраженные межбровные и носогубные складки.

1.2. О противопоказаниях к проведению процедуры:
1.2.1. Не допускается проведение процедуры пациентам, имеющим в анамнезе:
- онкология в анамнезе;
- известная повышенная чувствительность;
- нарушение свертываемости крови;
- эпилепсия, судороги, психические заболевания, тяжелые неврологические заболевания;
- инфекционный процесс на коже в активной стадии;
- острые инфекционные заболевания;
- воспалительный процесс в месте проведения процедуры;
- нарушение целостности кожных покровов в области проведения процедуры, открытые раны;
- декомпенсированные сердечно-сосудистые и дыхательные патологии;
- наличие кардиостимулятора или иного имплантированного устройства;
- пирсинг в области воздействия микротоков;
- системные заболевания соединительной ткани;
- хронические дерматозы в стадии обострения;
- хронические эндокринные заболевания;
- при наличии зубных протезов/брекетов будет проведена микротоковая терапия исключительно в верхней области лица;
- сахарный диабет.

1.2.2. Не допускается проведение процедуры:
- при острых заболеваниях и при обострении хронических заболеваний;
- при приеме алкоголя менее чем за 3 дня до процедуры;
- в период беременности и лактации.

Я отрицаю наличие у меня любого из перечисленных в п. 1.2.1-1.2.2 состояний и фактов, которые являются противопоказаниями к проведению процедуры.

1.3. О процедуре, методе ее проведения и предполагаемом результате:

Микротоковая терапия — технология воздействия слабого импульсного тока с различными частотными характеристиками на кожные покровы, мышечную ткань, лимфатические и кровеносные сосуды. Она улучшает микроциркуляцию и лимфодренаж, уменьшает отечность, стимулирует синтез коллагена и эластина, помогает при возрастных изменениях, куперозе, розацеа и в реабилитации после процедур и операций.

Для лица используется особый аппарат, который дополняется насадками. Выбор подходящего метода и аппарата осуществляется врачом и зависит от возраста, особенностей кожи, зоны проведения процедуры, того, какого эффекта хочется достичь и иных индивидуальных особенностей организма пациента.

Сеанс не причиняет боли, но иногда пациенты чувствуют лёгкие покалывания. На кожу врач нанесет гелеобразный состав. Он позаботится о том, чтобы микротоки лучше проникли в дерму. Также благодаря гелю насадки станут легче скользить.

Есть три способа выполнения процедуры:

1. С использованием стационарных электродов. Их прикрепляют к конкретным областям лица.
2. С применением специальных электродных перчаток. В этом случае обычная процедура дополняется укрепляющим массажем.
3. С передвижными насадками. Специалист будет вручную выполнять стимуляцию по массажным линиям.

Определенный тип процедуры подбирается в зависимости от ситуации и индивидуальных особенностей организма пациента.

Микротоковая терапия занимает около 40–60 минут.

Процедура включает следующие этапы:

1. Очищение дермы антисептическими средствами.
2. Нормализация кожи — стимуляция проводится с помощью перчаток или электродов. Сила тока, а также частота импульсов подбираются в индивидуальном порядке.
3. Лимфодренаж — осуществляется воздействие по току лимфы.
4. Лифтинг — оказывается стимуляция на дерму насадками, у которых биполярные датчики. Это позволяет добиться восстанавливающего и тонизирующего воздействия.

Всего может потребоваться от 4 до 15 сеансов – точное количество может определить только врач, в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента.

Предполагаемые результаты: нормализуют обменные процессы в клетках, оказывают противовоспалительный эффект, усиливают лимфодренаж, стимулируют фибробласты, улучшают эластичность кожи, уменьшают отечность кожи и темные круги под глазами. Процедуры характеризуются накопительным эффектом.

1.4. О возможных осложнениях и нежелательных последствиях:

- индивидуальные реакции (в т.ч. отек Квинке, анафилактический шок);
- боли в месте проведения процедуры;
- раздражение кожи в месте проведения процедуры;
- травматизация тканей;
- отечность в области проведения процедуры;
- онемение в области проведения процедуры;
- воспаление в области проведения процедуры;
- нарушение чувствительности в области проведения процедуры;
- отсутствие эффекта от процедуры.

Я был(а) уведомлен(а) перед проведением процедуры и соглашаюсь с тем, что при выполнении данной процедуры и после нее могут возникнуть перечисленные и известные мне осложнения, нежелательные последствия.

1.5. Об альтернативных методах лечения: массажи, курсы массажа, косметические средства, хирургические методы коррекции.

1.6. О необходимости соблюдения рекомендаций врача:

- ограничить физические нагрузки на пару дней после проведения процедуры;
- не посещать бани, сауны, бассейны, солярии 2-3 недели после процедуры;
- не загорать и не находиться под открытым солнцем 2-3 недели после процедуры;
- не использовать травмирующую и раздражающие кожу средства домашнего ухода;
- использовать защитные крема для дополнительного увлажнения кожи;
- использовать средства с SPF-фактором.

2. Я понимаю, что соблюдение всех рекомендаций врача помогает устранить риск нежелательных последствий.

3. Я понимаю, что для достижения результата необходим курс процедур, количество которых определяется врачом индивидуально.

4. Я был(а) уведомлен(а) и соглашаюсь с тем, что при несоблюдении мной рекомендаций врача мной не будут предъявлены претензии по качеству оказания медицинских услуг по данной процедуре в случае возникновения каких-либо осложнений и нежелательных последствий.

5. Я обязуюсь сообщать врачу обо всех жалобах и обстоятельствах, возникающих до, во время и после проведения процедуры и понимаю, что врач и организация не несут ответственности за возможные осложнения и негативные последствия, о наличии которых я не сообщил(а).

6. Хотя процедура имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является медицинской процедурой и поэтому, даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.
7. Я максимально в полном объеме сообщил(а) Врачу достоверную информацию о себе и состоянии моего здоровья, а именно:
- о любых принимаемых препаратах, в том числе гормональных средств и иных, обезболивающих и противовоспалительных препаратах;
- травмах, операционных и анестезиологических вмешательствах;
- аллергических реакциях (в т.ч. отек Квинке, анафилактический шок);
- индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ;
- о хронической сопутствующей патологии, вредных привычках, принимаемых лекарственных препаратах, состоянии беременности;
- о проведении подобной процедуры ранее и её результатах:

_____
(при наличии указать)

8. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
9. Понимая сущность процедуры и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат процедур.
10. Я понимаю, что ожидаемый мной результат процедур не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.
11. Я получил (а) полную информацию о процедуре, иною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях процедуры **«Микротоковая терапия»** и получены исчерпывающие ответы на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.
12. В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сведения о состоянии моего здоровья, могут быть переданы:

_____
(фамилия, имя, отчество, телефон)

13. Я подтверждаю, что Врач уведомил меня о возможности ознакомиться с составом косметических средств, применяемых в ходе проведения процедуры.
14. Я подтверждаю, что Врач уведомил меня о возможности ознакомиться с инструкцией, принципами, методами и особенностями работы аппаратов, применяемых в ходе проведения процедуры.
15. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных медицинских услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.
16. Я подтверждаю свое согласие на процедуру **«Микротоковая терапия»** на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.
В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сведения о состоянии моего здоровья, могут быть переданы

_____
(фамилия, имя, отчество, телефон)

Пациент _____ _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата "_____" _____ 20__ г.

17. Врач: я подтверждаю, что в полном объеме разъяснил Пациенту суть процедуры **«Микротоковая терапия»** и её уникальность, её показания, противопоказания, методику выполнения, результаты и возможные негативные последствия проведения, требования и рекомендации, а также ответил Пациенту в доступной форме на все заданные вопросы.

Врач _____ _____
(подпись)

Дата "_____" _____ 20__ г.