**Информированное согласие**

**на проведение косметологических процедур в ООО «Дентал-Косметик»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фио)

в рамках заключенного мной договора об оказании платных медицинских косметологических услуг, даю свое согласие на проведение мне следующей косметологической процедуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование процедуры)

Я подробно проинформировал(а) врача обо всех аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех существующих и перенесенных заболеваниях, о моих вредных привычках.

Я проинформирован(а) о порядке, правилах и методике проведения процедуры, а также необходимости соблюдения всех рекомендаций врача. Я также проинформирована о препаратах и материалах, которые будут использованы при проведении данной процедуры.

Мне разъяснено, что проводимая процедура эффективна только при условии точного соблюдения количества рекомендованных процедур, интервалов между ними, а так же рекомендаций по уходу после проведенных процедур. Количество процедур индивидуально, мне разъяснены факторы, влияющие на эффективность процедуры. Рекомендация о проведении каждой последующей процедуры может быть дана по результатам данной процедуры.

Я ознакомлен(а) что противопоказаниями к данной процедуре являются:

***беременность****;* ***онкологические заболевания; инфекционные заболевания; хронические заболевания кожи в стадии обострения***

и подтверждаю, что указанных противопоказаний у меня нет.

Я ознакомлен(а) с возможными побочными эффектами и осложнениями после данной процедуры, в том числе:

***незначительная отёчность кожи; гиперемия кожи в месте проведения процедуры***

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской процедуры в соответствии с ним.

Я подтверждаю, что после всех разъяснений относительно процедуры, понимаю все возможные последствия, и согласна на проведение вышеуказанной косметологической процедуры.

Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка )

Я, врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проинформировал(а) пациента о порядке проведения процедуры, о противопоказаниях, о возможных негативных последствиях и осложнениях, а также дала рекомендации для пациента, которые необходимо соблюдать после проведенной процедуры.

Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка )