

Добровольное информированное согласие на выполнение процедуры фракционный микронидлинг

Я (ФИО) _____

1. Ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры фракционного микронидлинга и настоящим подтверждаю свое согласие на ее проведение в области _____
2. Подтверждаю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков «до» и «после» процедуры для сравнительной оценки результатов.
3. Осведомлен(а), что курс процедур проводится в несколько сеансов с последующими поддерживающими процедурами и требует сопутствующего ухода за кожей в домашних и в клинических условиях.
4. Предупрежден(а), что после процедуры могут возникнуть отечность, гиперпигментация, гиперемия (покраснение) кожи, небольшие корочки в месте проведения, стянутость и сухость кожи.
5. Предупрежден(а), что процедуру может сопровождать болезненность.
6. Предупрежден(а), что в некоторых случаях процедура может вызвать токсико-аллергическую реакцию.
7. Осведомлен(а), что процедура фракционного микронидлинга не является радикальным или лечебным мероприятием, следовательно, ее эффективность ограничивается улучшением общего состояния кожи, волос, рельефа и тургора кожи, уменьшении морщин, а также сглаживание следов постакне, уменьшение растяжек и рубцов.
8. Подтверждаю, что у меня имелась возможность задать любые вопросы специалисту, которые касаются хода процедуры, используемых материалов, возможных пост-процедурных явлений, порядка реабилитации и домашнего ухода.
9. Предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций косметолога по домашнему уходу за кожей освобождает учреждение и/или косметолога от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.



Ознакомил косметолог

Клиент / пациент:

(подпись)

(подпись)

Ф.И.О.

Ф.И.О.

« _____ » _____ 20 _____ г.

« _____ » _____ 20 _____ г.