



## Информированное добровольное согласие на проведение процедуры кавитации и радиоволнового лифтинга.

На основании

ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года "ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"

Вы, как клиент « \_\_\_\_\_ », имеете право получить информацию о Вашем состоянии и процедуре с тем, чтобы принять решение, проводить или не проводить данную процедуру, зная о возможных рисках и опасностях для здоровья. Данные сведения предоставляются, чтобы лучше проинформировать Вас, прежде чем Вы дадите или не дадите свое согласие на эту процедуру.

Я, \_\_\_\_\_ добровольно прошу сотрудника студии провести процедуру/курс процедур кавитации и(или) радиоволнового лифтинга.

Я сообщаю о наличии у меня хронических заболеваний: \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что я был(а) проинформирован(а) о существующих противопоказаниях к кавитации и радиоволнового лифтинга, а именно:

### абсолютные противопоказания:

- заболевания крови, склонность к тромбообразованию;
- недавно перенесенные хирургические операции;
- тяжелые формы варикозного расширения вен;
- туберкулез;
- СПИД;
- онкологические заболевания;
- миома в стадии новообразования;
- наличие индивидуальной непереносимости процедуры;
- беременность
- наличие нарушений психики
- наличие кардиостимулятора или металлических пластин
- печеночная недостаточность.

### относительные противопоказания:

- инфекционные заболевания (грипп, ангина и т.д.);
- заболевания кожи;
- наличие ботокса, филлеров или гиалуроновой кислоты в лицевой зоне (при работе с лицом).
- венерические заболевания (в том числе инфекции ППП);
- алкогольное опьянение;
- менструация;
- внутриматочная спираль (необходимо соблюсти трехмесячный срок после установки внутриматочной спирали и пройти консультацию у наблюдающего гинеколога)
- интоксикации;
- кровотечения любого генеза.

*Кроме этого могут быть выявлены другие индивидуальные медицинские противопоказания, этот вопрос рекомендуется решать со своим лечащим врачом в поликлинике.*

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать от меня денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы.

Студия не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на процедуру.

**Кроме того, я был(а) проинформирован(а) о том, что:**

- минимальный курс кавитации и/или радиоволнового лифтинга, после которого в большинстве случаев заметен результат, составляет 6-12 сеансов;
- при проведении курса кавитации по коррекции фигуры и после него рекомендуется для усиления эффекта придерживаться принципов здорового питания;
- перед проведением процедуры кавитации за час до нее необходимо выпить около 1 литра чистой воды.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

---

(подпись пациента – фамилия, имя, отчество полностью и автограф)

Сотрудник студии: \_\_\_\_\_