

# ООО «Клиника красоты Джаватхановой Амины»

Медицинская лицензия ЛО -05-01-001837

Фарм-я лицензия ЛО -05-02-001248

ИНН 0571011783 КПП 057101001

ОГРН 1170571021356

г. Махачкала, ул. Ермошкина,99  
Тел.: 8928-250-96-23 , 8988-291-99-69

## Добровольное информационное согласие на услугу Аппаратной косметологии

Я \_\_\_\_\_, добровольно прошу специалиста клиники, а также привлекаемых по его усмотрению специалиста провести процедуру аппаратной косметологии: ЭЛЕКТРОПОРАЦИИ (безинъекционной мезотерапии или биоревитализации), миостимуляции, УЗ-чистки(кавитации), прессотерапии, терапевтического лазера. RF-Лифтинга, криотерапии, ФДТ и т.д. (нужное подчеркнуть)

Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях на: \_\_\_\_\_

о своих вредных привычках: \_\_\_\_\_

о применяемых медицинских препаратах: \_\_\_\_\_

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

о применяемых ранее косметических препаратах и находящихся в коже до сегодняшнего дня препаратах типа «Ботокс» или других длительного действия гелей и растворов.

Мне объяснено действие прибора, и я понимаю, что физиотерапевтическая процедура с применением моделированного электроимпульсного тока, способного открывать каналы клеточной мембраны на непродолжительный период времени. Воздействие осуществляется электрическими импульсами высокой частоты (до 3000 ощущения Гц) при низкой интенсивности. Электропорация обеспечивает хорошую проницаемость клеточных мембран и эффективную доставку лекарственного вещества в клетку. Я осознаю, что возможны во время процедуры - ТЕПЛА, покальвания, другие неприятные ощущения, а также реакции на процедуру в виде временной отечности, образование временной гиперемии, аллергических реакций. Я планирую свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснение, отечность, а также индивидуальных реакций на самочувствие).

Мне объяснено действие УЗ - прибора и я понимаю, что Ультразвук - это упругие механические колебания плотной среды с частотой, превосходящей 20 кГц. Волны ультразвука распространяются в качестве продольных волн и положительно влияют на кожу и способствуют сжатию и растяжению клеток.

Наибольшее поглощение ультразвуковой энергии наблюдается на границе раздела сред и в плотных тканях. Мне предоставлена

возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящей аппаратной процедуры: Противопоказания: - Новообразования и подозрения на них - Острые воспалительные, гнойные процессы - Системные заболевания крови - Атеросклероз - Декомпенсация сердечной деятельности - Нарушения целостности кожного покрова и расстройства кожной чувствительности в обрабатываемой зоне - Лихорадка, герпес - Экзема - Дерматиты различной этиологии - Беременность и период лактации - Эпилепсия и другие психические расстройства, алкогольное опьянение - Наличие металлических протезов, штифтов в обрабатываемой зоне - Наличие филеров, золотых нитей - Индивидуальная непереносимость тока.

Терапия низкочастотным лазером в эстетической косметологии. Лазерная биоревитализация.

Показания к применению.

Отечность тканей, дряблость, мелкие морщины, утрата упругости и прочие признаки увядания кожи, угревая сыпь, воспаления, купероз, целлюлит, неровный рельеф кожи. Достигнутый после прохождения курса процедур эффект со временем только нарастает и становится более выраженным. Кроме того, данная процедура существенно повышает защитные функции кожи и укрепляет местный иммунитет.

Именно поэтому применение терапевтического лазера часто включается в подготовительные и реабилитационные программы пилингов, пластических операций, бионитевого лифтинга и других косметических процедур. После прохождения курса процедур наблюдается выраженные противовоспалительный и обезболивающий эффект, ускоряются процессы заживления тканей и реабилитация кожи, улучшается общее состояние кожного покрова.

Противопоказания к применению.

Терапевтический лазер совершенно безопасен для организма человека и не имеет прямых противопоказаний, относительными противопоказаниями к применению данной методики могут быть онкологические заболевания, системные заболевания крови и туберкулез о наличии которых обязательно нужно проинформировать врача косметолога, проводящего процедуру.

Я согласен(а) на проведение фотосъемки до, и после и в ходе процедуры. У меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями и планом его проведения.

Также я проинформирована стоимости процедур. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Даю согласие на свое фото и обработку персональных данных

Ф.И.О., подпись косметолога \_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_