

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я (Ф.И.О.)
..... года рождения,
проживающий/ая по адресу

Даю свое согласие на проведение процедуры препаратом
в косметических целях врачом (Ф.И.О.)

Врач подробно проинформировал меня о показаниях и способе применения препарата. Я получил/а удовлетворяющие ответы на заданные мной вопросы. Я был/а проинформирован/а о возможном развитии нежелательных местных реакций на инъекции препарата.

Я ознакомлен/а со списком противопоказаний для введения препарата:

1. Острые воспалительные высыпания (акне, герпес) или проявления хронических кожных заболеваний в зоне предполагаемых инъекций.
2. Индивидуальная непереносимость одного из компонентов препарата.
3. Повышенная чувствительность к гиалуроновой кислоте.
4. Наличие в анамнезе аутоиммунной патологии или проведение иммуносупрессивной терапии, а также обострения любого соматического заболевания.
5. Беременность и лактация.
6. Повышенная температура тела.
7. Прием лекарственных препаратов-антикоагулянтов, системных ретиноидов.
8. Наличие постоянного импланта в зонах предполагаемой коррекции.

Я подробно проинформировал/а врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о перенесенных травмах и заболеваниях, о хронически сопутствующей патологии.

Я согласен/а на применение анестезирующих препаратов: Да Нет

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации врача до и после процедуры.

Пациент Подпись Дата

Врач Подпись Дата