

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ



НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ СРЕДСТВ ЛИНИИ **ASCE^{plus}**:

- УХОД ЗА КОЖЕЙ **ASCE^{plus} SRLV**
- УХОД ДЛЯ ВОЛОС И КОЖИ ГОЛОВЫ **ASCE^{plus} HRLV**

Регенеративные средства линии **ASCE^{plus}** представляют собой уникальную систему с запатентованной инновационной технологией выделения и очищения экзосом для применения в косметологии. Средства предназначены для коррекции кожи лица и тела, волос и волосистой части кожи головы (нужное подчеркнуть). **ASCE^{plus}** устраняет видимые признаки атонии кожи, разглаживает морщины, оказывает лифтинговое действие, увлажняет, питает, выравнивает тон кожи и регенерирует ткани, принимает участие в активизации разволокнения рубцовой ткани, ослабления остроты розацеа.

Я (ФИО)

ознакомлен(а) с особенностями проведения процедуры как монотерапии средствами **ASCE^{plus}**, так и в сочетании с аппаратными и другими инструментальными методами (дермароллер, микроигльчатые устройства) и **даю свое согласие** на ее проведение в области

Настоящим **я разрешаю** лечащему врачу/медицинскому работнику осуществить следующие манипуляции:

.....

Я информирован(а) о том, что существует вероятность краткосрочных нежелательных явлений после проведения процедуры, а именно: незначительный отёк, покраснение, небольшой дискомфорт (покалывание/зуд), гематомы в зоне терапии.

Я предупрежден(а), что процедура не является радикальным терапевтическим мероприятием, следовательно, её эффективность, в зависимости от показаний и зоны коррекции, ограничивается укреплением и лифтингом кожи, разглаживанием морщин, стимуляцией роста волос.

Я предупрежден(а), что результаты терапии зависят от множества факторов, включая нижеперечисленные, но не ограничиваясь ими: история болезни, реакция на терапию, соблюдение рекомендаций специалиста по домашнему уходу за кожей, изменения в состоянии здоровья до, во время и после окончания терапии.

Я предупрежден(а), что курс лечения состоит из нескольких сеансов (от 3 до 5 в зависимости от исходного состояния области применения и поддерживающей терапии в течение года).

Я предупрежден(а), что проведение процедуры предполагает определенный риск, о котором я осведомлен(а), и что лечащий врач не может предоставлять гарантий достижения определенного результата.

Я даю согласие (в случае необходимости) на осуществление фотосъемки соответствующей части лица и тела, скальпа для врачебного наблюдения, при условии, что не будет раскрыта тайна моей личности.

Я не скрываю преднамеренно какой-либо информации о своем здоровье или лекарствах, которые я принимаю.

Я согласен/согласна в дальнейшем информировать своего лечащего врача о каких-либо изменениях здоровья и о применяемых лекарственных средствах.

Я даю согласие на процедуру исключительно добровольно.

Я получил(а) все ответы на мои вопросы, связанные с процедурой.

Ф.И.О. (пациента)

Подпись Дата

Ф.И.О. (лечащего врача)

Подпись Дата

Благодарим Вас за предоставленные сведения. Все записи о пациентах, их контактные данные, а также подробная информация о получаемом ими лечении являются конфиденциальными.