

ООО «ЭПИЛ СПЕЙС»

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство: медицинский массаж с применением аппарата Beautylizer Therapy
Я, _____,

_____ г.р., находясь на лечении в ООО «ЭПИЛ СПЕЙС», даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства: процедура массажа с применением аппарата Beautylizer Therapy медицинским работником _____.

До моего сведения доведена, разъяснена и понятна вся изложенная ниже информация.

Понятие и механизм процедуры массажа с применением аппарата Beautylizer Therapy.

Данная процедура выполняется с применением массажного устройства (медицинского изделия) Beautylizer Therapy. Процедура предполагает комплексное воздействие (вибрационное и механическое) на кожу и подкожно-жировые ткани. Процедура применяется в целях коррекции фигуры, снижения уровня молочной кислоты, отечности ног, стимуляции ступней ног, лечения шейно-плечевого синдрома, профилактики после интенсивных физических нагрузок, устранения болей в спине, мышечных спазмов в области икр и стоп, лимфатического и венозного застоя, а также в целях реабилитации после травм и хирургических вмешательств (восстановление чувствительности нервных окончаний), улучшения тонуса кожи.

Процедура с использованием аппарата Beautylizer Therapy является курсовой. Для увеличения вероятности наступления эффекта, а также продления сроков сохранения результата (в случае его достижения) необходимо пройти курс, который составляет от ____ до ____ процедур с периодичностью ____ дней.

Показания к процедуре массажа: целлюлит, локализованные жировые отложения, дряблость тканей, растяжки, образовавшиеся после липосакции кожные складки, отечность ног, шейно-плечевой синдром, боли в спине, мышечные спазмы в области икр и стоп, лимфатический и венозный застой, келоиды и возрастные изменения кожи, реабилитация после травм и хирургических вмешательств.

Противопоказания:

- заболевания: онкологические, инфекционные, розацеа, грыжа паховая или абдоминальная, атеросклероз нижних конечностей, переломы и мышечные повреждения в остром периоде, раны, повреждения кожи, пролежни, язвы, свежие рубцы, гипертрофические или келоидные рубцы, флебит, значительное варикозное расширение вен с трофическими нарушениями.
- беременность (общее противопоказание, возможно проведение терапии на нижних конечностях с целью улучшения самочувствия при синдроме «тяжелых» ног, проводится с осторожностью, после консультации с врачом).
- наличие в зоне воздействия имплантатов, родинок, пирсинга, проведения в этой зоне ранее пластических операций.

Возможные неблагоприятные явления: Сразу после процедуры могут наблюдаться легкое покраснение кожи, синяки и гематомы, которые с течением времени проходят самостоятельно.

Я осознаю, что проведение процедуры массажа с применением аппарата Beautylizer Therapy может привести также к иным, не упомянутым в настоящем документе, неблагоприятным последствиям.

Я обязуюсь соблюдать следующие рекомендации врача: рекомендуется воздержаться от еды за час до и через час после процедуры.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации врача и своевременно информировать о любых изменениях состояния кожи и тела.

У меня была возможность получить всю достоверную информацию о планируемой процедуре. Я предупрежден(а) и согласен(а), что несоблюдение рекомендации врача освобождает учреждение от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я осознаю, что перспективы и результаты предложенного мне лечения зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения рекомендаций врача по сохранению результата лечения, регулярного посещения консультаций врача. Никто, в том числе медицинский работник, не гарантировал мне достижение результата, а также совпадение результата (в случае его достижения) с субъективно ожидаемым мной.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы и поставил(а) медицинский персонал в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех индивидуальных особенностях и особых реакциях организма (об экологических и производственных факторах, воздействующих на меня во время жизнедеятельности), о принимаемых лекарственных средствах за последние 6 месяцев и в настоящий момент.

Мне были даны рекомендации, разъяснена необходимость выполнения назначений и рекомендаций врача. Я предупрежден(а), что в случае несоблюдения мной рекомендаций врача могут возникнуть осложнения, за которые врач ответственности не несет.

Полученная информация мне полностью понятна. Мне даны исчерпывающие ответы на все вопросы, возникшие у меня в связи с проведением процедуры массажа с применением аппарата Beautylizer Therapy, информация о ней, рекомендации до и после ее проведения.

Я осознаю возможные риски медицинского вмешательства – процедура массажа с применением аппарата Beautylizer Therapy – а также отсутствие гарантий достижения предполагаемого результата медицинского вмешательства и даю свое информированное добровольное согласие на проведение процедуры массажа с применением аппарата Beautylizer Therapy.

Я подтверждаю, что у меня на день проведения данной процедуры нет никаких обострений хронических заболеваний или воспалительных процессов. Я не скрыл(а) никаких аллергических реакций от врача и полностью готов(а) к последствиям проведения медицинского вмешательства, а также к связанным с этим вмешательством рискам и возможным неблагоприятным последствиям, в том числе не указанным в настоящем документе.

Подпись пациента _____ / _____.
«__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____ / _____.
«__» _____ 20__ г.