

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Я, _____,

Фамилия, имя и отчество полностью

дата рождения _____, контактный номер телефона _____,

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

Кем и когда выдан паспорт

даю своё согласие на проведение процедуры с применением лазерного оборудования (эпиляции, омоложения и др.) по адресу г. Москва, Большой Сергиевский пер., д. 10, а также г. Москва, проспект Мира, д. 79, на аппарате «MeDioStar» серии NeXT PRO и Monolith, производства Германии, врачом/специалистом медицинского центра ООО «БьютиМедСервис» (лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО-77-01-017308 от 11 января 2019).

Я понимаю, что для достижения клинического эффекта мне понадобится несколько процедур в зависимости от фазы роста, цвета и толщины волоса (в случае проведения лазерной эпиляции). Понимаю, что в случае гормональных нарушений, процесса гормональных изменений, а также прочих известных или неизвестных особенностей организма курс процедур может не давать ожидаемого эффекта.

Я предупрежден(а), что во время лазерной эпиляции и сроком 3 месяца после процедуры, мне рекомендовано использовать фотозащитный крем с SPF 30 ед. и выше.

Я предупрежден(а) обо всех возможных противопоказаниях и имел(а) возможность задать моему лечащему врачу все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающие ответы.

Я имел(а) возможность сообщить моему лечащему врачу информацию обо всех известных мне болезнях, косметических манипуляциях, перенесенных операциях, приеме лекарственных средств и возможных аллергических реакциях и подтверждаю отсутствие у меня противопоказаний к проведению процедуры.

Я понимаю, что во время курса лазерной эпиляции, омоложения и прочих процедур возможна эритема (покраснение) и незначительный отек кожи, которые носят временный характер.

Я понимаю, что при лазерной эпиляции волосы разрушаются постепенно и в период между процедурами я не должен(а) вырывать, выщипывать, депилировать волосы, а могу использовать только бритвё или косметические (маникюрные) ножницы.

Я предупрежден(а), что в силу аллергических реакций либо индивидуальных особенностей организма возможны пузыри, изменение цвета кожи, раздражение и сухость, носящие временный характер. В случае развития таких индивидуальных реакций даю согласие на дополнительную терапию, которая, будет мне рекомендована моим лечащим врачом.

В случае возникновения аллергических реакций или иных побочных реакций, обязуюсь поставить в известность моего лечащего врача, либо дежурного врача в клинике, в течение первых суток.

Процедура с применением указанного выше оборудования, а также все возможные прочие процедуры, проводится по моей личной просьбе и инициативе, и по результатам процедур я не буду иметь каких-либо претензий к ООО «БьютиМедСервис», врачу/специалисту, проводившему процедуру, а также к любым третьим лицам.

Обязуюсь выполнять все рекомендации. Даю согласие на проведение процедуры и ознакомлен(а) с техническими особенностями её проведения в выбранных зонах.

Выражаю своё согласие на: присоединение (принятие условий) к Договору публичной оферты на оказание платных медицинских услуг, размещенному на сайте ООО «БьютиМедСервис» по адресу в сети Интернет <https://epilas.ru/agr.pdf>; а также на обработку и хранение предоставляемых персональных данных в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации N152-ФЗ «О персональных данных».

Ф.И.О.

дата

подпись