

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

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:

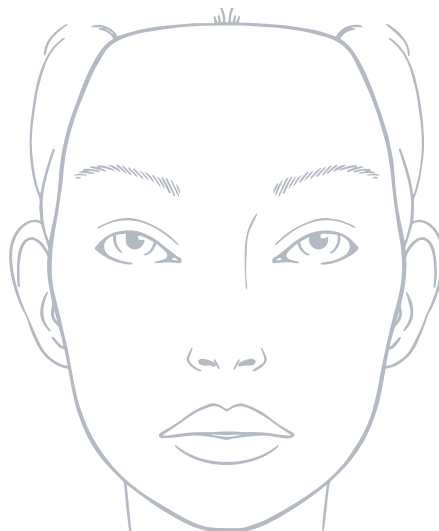
1. Острые воспалительные высыпания (акне, герпес) или проявления хронических кожных заболеваний в зоне предполагаемых инъекций.
2. Индивидуальная непереносимость одного из компонентов препарата.
3. Повышенная чувствительность к гиалуроновой кислоте.
4. Наличие в анамнезе аутоиммунной патологии или проведение 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 / согласна на применение анестезирующих препаратов ДА НЕТ

Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации лечащего врача до и после процедуры ДА НЕТ

Разместите здесь этикетку препарата



Разместите здесь этикетку препарата

Данная мной информация, насколько я могу судить, соответствует действительности.

Я не скрыл/а преднамеренно какой-либо информации о своем здоровье.

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

Я согласен / согласна со следующим лечением: _____

ДА НЕТ

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 и подробная информация о получаемом ими лечении являются конфиденциальными.

Оценка перед лечением

Ожидания и замечания пациента:

Комментарий лечащего врача:

Подпись лечащего врача

Дата _____