

100

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОЦЕДУРУ
ПРЕПАРАТОМ ЖИДКИЕ БИОНИТИ ReVITA BIOLIFTING**

Я _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

Дата рождения _____
контактный телефон _____

даю свое согласие на проведение процедуры введения препарата ReVITA BIOLIFTING в косметогических целях,
врачом _____
(фамилия, имя, отчество врача)

Контактный телефон врача _____

Я подтверждаю, что меня проинформировали о ходе процедуры и о применяемом препарате жидкие бионити ReVITA BIOLIFTING.

Жидкие бионити ReVITA BIOLIFTING.— это кислота и высококонцентрированный гиалуронат цинка. Процедура выполняется канюлей под местной аппликационной анестезией.

В базовый состав препаратов ReVITA BIOLIFTING входит:

- гиалуроновая кислота;
- гиалуронат цинка;
- витаминный комплекс;
- пептиды

Показания для проведения процедуры

Процедуру можно проводить пациентам, у которых наблюдаются проблемы с кожей в средней и нижней трети лица. Присутствует дряблость, мимические морщины, глубокие возрастные изменения, второй подбородок, контур лица нечёткий. Жидкие бионити ReVITA BIOLIFTING применяют для того, чтобы убрать морщины на шее, подтянуть обвисшую кожу на внутренней поверхности плеча, бёдрах, животе.

Противопоказания:

Не рекомендуется проводить процедуру, если:

- на коже есть очаги воспаления, раздражение и чрезмерная сыпь
- на месте, где планируется ввести бионити, находится имплант
- женщина беременна и кормит грудью
- у пациента чувствительность к компонентам препарата
- у пациента инфекционные заболевания, туберкулёз, астма

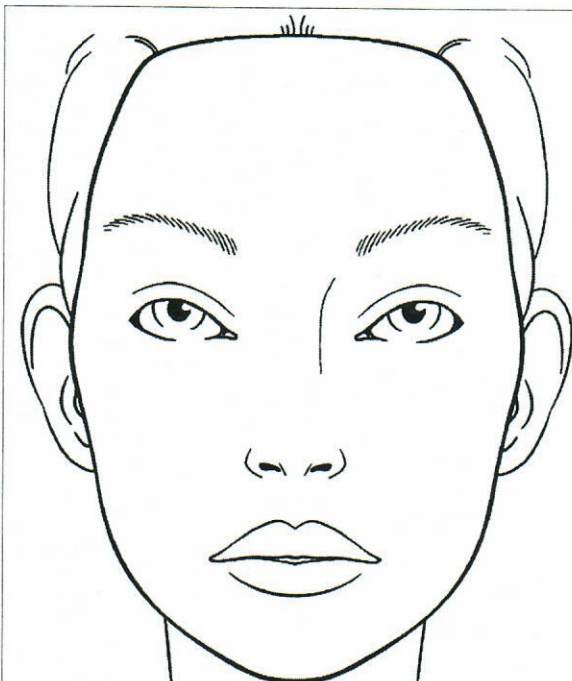
Перед процедурой не стоит употреблять алкогольные напитки, делать пилинг.

После процедуры врач назначит необходимый уход. Не стоит посещать сауну, делать контурный массаж, подвергать себя интенсивным физическим нагрузкам, принимать горячую ванну, вытирать кожу искусственным полотенцем и принимать солнечные ванны.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- проинформировал меня о ходе процедуры и о применяемом препарате для принятия мною обдуманного решения
- Дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья и принимаемых мною медикаментах



Номер серии ReVITA BIOLIFTING _____

Дата процедуры _____

Протокол процедуры _____

Ф.И.О. пациента: _____

Подпись: _____

Ф.И.О. Врача: _____

Подпись: _____

Дата _____