

Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»

680000, г. Хабаровск, Амурский бульвар, 2, оф.1
Тел. (4212) 323-860; 323-861

ПРИКАЗ № 423 от 01.12.2023г

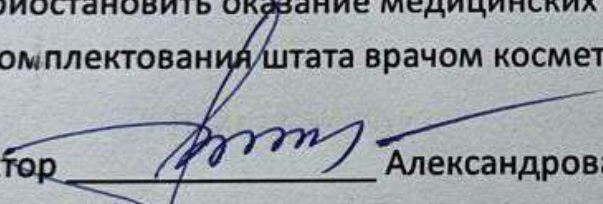
«О приостановлении медицинской лицензионной деятельности по профилю
«косметология» в ООО «Ши.Бьюти»

В связи с неуккомплектованностью штата медицинских работников и невозможностью
оказания медицинских услуг согласно лицензионным требованиям в ООО «Ши.Бьюти»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Приостановить оказание медицинских услуг по профилю «косметология» до
укомплектования штата врачом косметологом и медсестрой по косметологии.

Директор


Александрова Н.А.

ЛИЦЕНЗИЯ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ЛО-27-01-003047 18.08.2021г

№ регистрационного листа 1175-р 18.08.2021г.

Министерство здравоохранения Хабаровского края

Лицензиат: Общество с ограниченной ответственностью
"Ши.Бьюти».

Адрес юридического лица и осуществления медицинской
деятельности:

Хабаровский край 680000, Россия, г. Хабаровск, Амурский бульвар,
д. 2, оф. 1

Вид деятельности: Медицинская деятельность

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и
специализированной, медико-санитарной помощи организуются и
выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи
в амбулаторных условиях по:

- организации сестринского дела,
- сестринскому делу в косметологии,
- физиотерапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной
помощи в амбулаторных условиях по:

- косметологии,
- организации здравоохранения и общественному здоровью.

Выписка
из реестра лицензий по состоянию на 08:15 19.08.2021 г.

(сформирована на интернет-портале Росздравнадзора)

1. Статус лицензии: действует;
2. Регистрационный номер лицензии: ЛО-27-01-003047;
3. Дата предоставления лицензии: 18.08.2021;
4. Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Хабаровского края;
5. Полное и (в случае, если имеется) сокращённое наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица:

Полное наименование - Общество с ограниченной ответственностью "Ши.Бьюти";

Сокращённое наименование - ООО "Ши.Бьюти";

ОПФ - Общество с ограниченной ответственностью;

Адрес места нахождения - 680000, Россия, Хабаровский край, г. Хабаровск, Амурский бульвар, д. 2, оф. 1;

ОГРН - 1212700004461;

6. Идентификационный номер налогоплательщика: 2721250265;

7. Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);

8. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

680000, Хабаровский край, г. Хабаровск, Амурский бульвар, д. 2, оф. 1 (Кабинет)
выполняемые работы, оказываемые услуги:

Приказ Минздрава №121н;

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

организации сестринского дела;

сестринскому делу в косметологии;

физиотерапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

косметологии;

организации здравоохранения и общественному здоровью.

9. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: № 1175-р от 18.08.2021.

Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения.

Федеральная налоговая служба
СВИДЕТЕЛЬСТВО

**О ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ РОССИЙСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
В НАЛОГОВОМ ОРГАНЕ ПО МЕСТУ ЕЕ НАХОЖДЕНИЯ**

Настоящее свидетельство подтверждает, что российская организация
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ШИ.БЬЮТИ"

(полное наименование российской организации в соответствии с учредительными документами)

ОГРН

1	2	1	2	7	0	0	0	0	4	4	6	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

поставлена на учет в соответствии с
Налоговым кодексом Российской Федерации

23.03.2021

(число, месяц, год)

в налоговом органе по месту нахождения **Инспекция Федеральной налоговой
службы по Центральному району г.Хабаровска**

2	7	2	1
---	---	---	---

(наименование налогового органа и его код)

и ей присвоен

ИНН/КПП

2	7	2	1	2	5	0	2	6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 /

2	7	2	1	0	1	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Заместитель начальника Инспекции Федеральной
налоговой службы по Железнодорожному району
г.Хабаровска



Е. И. Лютенко



**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА**

*Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по
Хабаровскому краю*

(наименование территориального органа)

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

№ 27.99.21.000.M.000635.07.21 ОТ 22.07.2021 г.

Настоящим санитарно-эпидемиологическим заключением удостоверяется, что производство (заявленный вид деятельности, работы, услуги) (перечислить виды деятельности (работ, услуг), для производства — виды выпускаемой продукции; наименование объекта, фактический адрес):

Здания, строения, сооружения, помещения, оборудование и иное имущество, которое предполагается использовать для осуществления медицинской деятельности. Согласно приложению.

Общество с ограниченной ответственностью "Ши. Бьютн" - Хабаровский край, г. Хабаровск, Амурский бульвар, д. 2, офис 1 (Российская Федерация)

Заявитель (наименование организации-заявителя, юридический адрес)

Общество с ограниченной ответственностью "Ши. Бьютн" - Хабаровский край, г. Хабаровск, Амурский бульвар, д. 2, офис 1 (Российская Федерация)

СООТВЕТСТВУЕТ (~~НЕ СООТВЕТСТВУЕТ~~) государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам (ненужное зачеркнуть, указать полное наименование санитарных правил)

СП 2.1.3678 - 20 "Санитарно - эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг" (раздел I, II, IV). СанПиН 2.1.3684-21 "Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий" (раздел X). СанПиН 1.2.3685-21 "Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания"

Основанием для признания условий производства (вида деятельности, работ, услуг) соответствующими (~~не соответствующими~~) государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам являются (перечислить рассмотренные документы):

Экспертное заключение ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Хабаровском крае" № 2720/01.11/08/2023/2021 от 16.07.2021г.

Заключение действительно до

Главный государственный санитарный врач
(заместитель главного государственного санитарного врача)



№ 3287598



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по
Хабаровскому краю

(наименование территориального органа)

ПРИЛОЖЕНИЕ
К САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМУ ЗАКЛЮЧЕНИЮ

№ 27.99.21.000.М.000635.07.21 ОТ 22.07.2021 г.

Здания, строения, сооружения, помещения, оборудование и иное имущество, которое предполагается использовать для осуществления медицинской деятельности.

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико - санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги).

При оказании первичной доврачебной медико - санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- дезинфектологии;
- медицинскому массажу;
- организации сестринского дела;
- сестринскому делу в косметологии;
- физиотерапии.

При оказании первичной специализированной медико - санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- косметологии;
- организации здравоохранения и общественному здоровью.



Главный государственный санитарный врач
(заместитель главного государственного санитарного врача)

С. Лосева

Лосева С.М.

Ф. И. О., подпись, печать



**Общество с ограниченной ответственностью «Ши.Бьюти»
ИНН 2721250265 КПП 272101001 ОГРН 1212700004461
680000, г. Хабаровск, Амурский б-р, д. 2, офис 1**

«УТВЕРЖДАЮ» «18» августа 2021г

Директор ООО «Ши.Бьюти»

Александрова Н.А.

Правила предоставления платных медицинских услуг Обществом с ограниченной ответственностью «Ши.Бьюти»

1. Общие положения

1.1. Правила оказания платных медицинских услуг (Правила) ООО «Ши.Бьюти» (далее Общества) являются организационно-правовым документом, предусматривающим:

- порядок обращения Пациентов;
- права и обязанности Пациентов;
- порядок оказания медицинских услуг;
- правила поведения Пациентов и посетителей;
- порядок разрешения конфликтных ситуаций;
- порядок получения информации о состоянии здоровья Пациента;
- ответственность за нарушение Правил.

1.2. Правила разработаны в целях создания наиболее благоприятных возможностей оказания Пациентам своевременной качественной медицинской помощи в соответствии с внутренними нормативно – правовыми актами Общества и действующим законодательством Российской Федерации, включая:

- Федеральный закон от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Закон РФ от 07.02.1992 г. N 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
 - Приказ Минздрава России от 18.04.2012 N 381н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "косметология"
- Стандарты специализированной медицинской помощи, утвержденные Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. N 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и

медицинской организации для получения первичной медико – санитарной помощи».

1.3. Правила обязательны для всех Пациентов и посетителей, а также третьих лиц, обратившихся в Общество.

1.4. Правила доступны для всеобщего ознакомления на информационных стендах, а также на сайте Общества в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет».

2. Порядок обращения Пациентов

2.1. Организация предварительной записи Пациентов на прием к врачам осуществляется при их непосредственном обращении в регистратуру Общества по телефону: 8 (4212) 323-860; 323-861 или через сайт.

2.2. Дату и время планового приема Пациент выбирает из имеющихся свободных талонов. При записи на плановый прием Пациент обязан предоставить медицинскому регистратору номер контактного телефона для обратной связи.

2.3. В случае опоздания или невозможности явиться на плановый прием Пациент обязан заблаговременно предупредить об этом медицинского регистратора любым удобным для него способом.

2.5. В случае опоздания Пациента на прием более чем на 10 минут, медицинский регистратор имеет право перенести время приема на ближайшее свободное время, а освободившийся талон предложить другому Пациенту.

2.6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача и других чрезвычайных обстоятельствах, медицинский регистратор предупреждает об этом Пациента по телефону, оставленному Пациентом, и по согласованию с Пациентом переносит прием на ближайшее свободное время.

2.7. Для оформления необходимых медицинских документов на плановый прием Пациент является в регистратуру не менее чем за 15 минут до назначенного времени.

2.8. При первичном обращении в регистратуру Пациент обязан предъявить следующие документы:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт);

2.9. При повторных посещениях Пациенты предъявляют документ удостоверяющий личность (паспорт).

2.10. При первичном обращении в регистратуру Пациент предоставляет всю необходимую информацию и требуемые документы для оформления медицинской карты амбулаторного больного (форма 025/у-04).

Медицинская карта является собственностью медицинской организации и хранится в регистратуре (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 834н от 15.12.2014). Медицинская карта на руки Пациентам не выдается, вынос медицинской карты без письменного согласия директора не допускается. Оформление приема Пациента ведется врачами в электронной и рукописной версии медицинской карты с последующей передачей ее в регистратуру в конце рабочей смены.

2.11. При первичном обращении в регистратуру, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, Пациент представляет необходимую информацию, знакомится под роспись с «Уведомлением..» (Памяткой) Пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных услуг и подписывает « Договор на оказание платных медицинских услуг», «Согласие на обработку персональных данных», «Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинские вмешательства» в соответствии с перечнем вмешательств, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. N 390н. и ИДС на предстоящую медицинскую услугу.

2.13. Пациент ожидает время приема в холле Общества. В кабинет врача Пациент проходит по приглашению врача или регистратора.

2.14. При задержке планового приема врачом более чем 10 минут по объективным, не зависящим от лечащего врача обстоятельствам, Пациенту предлагается:

- прием в назначенное время у другого свободного специалиста;
- прием в назначенный день с отсрочкой приема на время задержки у своего лечащего врача;
- перенос времени приема на другой день.

3. Права и обязанности Пациентов

3.1. Пациент имеет право на:

- выбор врача;
- диагностику и лечение, в условиях, соответствующих санитарно — гигиеническим требованиям;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- письменное обращение к лечащему врачу с просьбой об организации и проведении консилиума врачей;
- выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- защиту персональных данных; сведений, составляющих врачебную тайну;
- отказ от медицинского вмешательства;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- другие права в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. Пациент обязан:

- соблюдать настоящие Правила оказания медицинских услуг;
- соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности;
- проявлять в общении с работниками Общества такт, уважение и доброжелательность;
- не предпринимать действий, способных нарушить права других Пациентов и работников Общества;
- посещать медицинские кабинеты в соответствии с установленным графиком их работы;
- соблюдать санитарно-противоэпидемиологический режим;
- проявлять доброжелательное и вежливое отношение к другим Пациентам, соблюдать очерёдность записи на прием к врачу;
- ознакомиться и подписать договор на оказание медицинских услуг, информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства, согласие на обработку персональных данных;
- оформлять в письменной форме свой отказ от получения информации против своей воли о состоянии здоровья, о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, в том числе, в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания; отказ от госпитализации;
- предоставлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья;
- бережно относиться к имуществу Общества;
- соблюдать требования пожарной безопасности, при обнаружении источников пожара, иных угроз немедленно сообщить об этом сотрудникам Общества.

4. Порядок оказания медицинских услуг

4.1. Пациент на приеме сообщает лечащему врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза, проведения диагностических и лечебных мероприятий; информирует о принимаемых лекарственных средствах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях.

4.2. После получения информации от лечащего врача Пациент подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства на врачебные манипуляции и процедуры, не предусмотренные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. N 390н. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство является необходимым условием для начала оказания медицинской помощи. Пациент несёт ответственность за последствия, связанные с отказом от медицинского вмешательства.

4.3. Пациенту необходимо ознакомиться с рекомендованным планом лечения и при согласии с ним добросовестно его соблюдать.

4.4. При изменении состояния здоровья в процессе диагностики и лечения Пациент немедленно информирует об этом лечащего врача.

4.5. Пациент не вправе вмешиваться в действия лечащего врача, осуществлять иные действия, способствующие нарушению оказания медицинской помощи.

4.6. Нахождение сопровождающих лиц в кабинете врача запрещается, в исключительных случаях нахождение сопровождающих лиц в кабинете врача допускается только с разрешения лечащего врача и при условии выполнения всех его указаний.

4.7. В случае, если отсутствует риск жизни и здоровья Пациента, лечащий врач по согласованию с главным врачом или директором имеет право отказаться от наблюдения и лечения Пациента при несоблюдении Пациентом настоящих Правил оказания медицинских услуг, а также, если желаемое Пациентом лечение не соответствует требованиям стандартов и технологий и в результате вмешательства может вызвать нежелательные последствия для Пациента.

4.8. При возникновении у пациента неотложных состояний - ему оказываются по жизненным показаниям мероприятия для купирования симптомов сотрудниками Общества согласно утвержденным стандартам и протоколам и осуществляется вызов бригады «Скорой помощи».

5. Правила поведения Пациентов и посетителей

Пациентам и посетителям, в целях соблюдения общественного порядка, соблюдения санитарно-эпидемиологического режима запрещается:

- находиться в служебных помещениях медицинской организации без разрешения администрации Общества;
- курить на лестничных площадках, в холле и других помещениях Общества;
- громко разговаривать, в том числе по мобильному телефону, шуметь, хлопать дверьми;
- оставлять малолетних детей без присмотра;
- изымать какие-либо документы из медицинских карт;
- находиться в помещениях Общества в верхней одежде и грязной обуви;
- оставлять без присмотра личные вещи в помещениях Общества;
- являться на прием к врачу в алкогольном, наркотическом и ином токсическом опьянении. В случае, если отсутствует риск жизни и здоровью, такие Пациенты удаляются из помещений Общества сотрудниками охраны и/или правоохранительных органов;
- вести себя некорректно по отношению к посетителям и сотрудникам Общества, громко и вызывающе выражать свои эмоции;
- пользоваться в кабинете врача мобильными устройствами (телефоны, планшеты, плееры).

6. Порядок разрешения конфликтных ситуаций

6.1. В случае возникновения конфликтных ситуаций Пациент (законный представитель Пациента) имеет право непосредственно обратиться к главному врачу или директору.

6.2. При личном обращении Пациент (законный представитель Пациента) обязан предъявить документ удостоверяющий личность (паспорт).

6.3. При устном обращении, ответ на обращение с согласия заинтересованного лица может быть дан в устной форме в ходе личного приема. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в письменном обращении вопросов.

6.4. При неэффективности обращения (несвоевременности получения ответа, неудовлетворении ответом и т.д.) Пациент (законный представитель Пациента) может обращаться непосредственно к Директору Общества или оставить медицинскому регистратору свое обращение в письменном виде директору по адресу: г. Хабаровск, Амурский бульвар, 2, оф. 1. Время приема по личным вопросам каждую среду с 12.00 ч. до 15.00 часов в каб. №123.

6.5. Пациент (законный представитель Пациента) в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает: наименование учреждения, в которое направляет письменное обращение, фамилию, имя, отчество должностного лица, его должность, а также свои фамилию, имя, отчество (полностью), адрес, по которому должен быть направлен ответ, телефон для связи с ним, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату. В случае необходимости в подтверждение своих доводов пациент либо (законный представитель Пациента) прилагает к письменному обращению документы и материалы (либо их копии).

6.6. Письменное обращение подлежит регистрации и рассмотрению в течение 30 дней со дня его регистрации в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации (Федеральный закон от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»). Регистрация письменных обращений производится в кабинете старшей медсестры, расположенном по адресу г. Хабаровск, Амурский бульвар, 2, оф. 1.

6.7. Ответ на письменное обращение направляется по адресу, указанному в обращении.

7. Порядок получения информации о состоянии здоровья Пациента

7.1. Информация о состоянии здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи предоставляется Пациенту (законному представителю Пациента) лечащим врачом в доступной для него форме по его желанию. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена Пациенту против его воли.

7.2. Пациент имеет право непосредственно знакомиться с копиями или выписками из медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

7.3. Пациент имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы.

7.4. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам допускается только с письменного согласия Пациента или его законного представителя за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8. Ответственность за нарушение Правил

8.1. Пациент несёт ответственность за несоблюдение настоящих Правил, в том числе назначенного режима лечения, которые могут снизить качество медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

8.2. В случае нарушения Пациентами и иными посетителями настоящих Правил, общественного порядка, сотрудники и охрана Общества вправе делать им соответствующие замечания, отказать в оказании медицинской помощи при отсутствии риска жизни и здоровью Пациента, обращаться в правоохранительные органы, применять иные меры воздействия, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Воспрепятствование осуществлению процесса оказания медицинской помощи, неуважение к сотрудникам Общества, другим Пациентам и посетителям, причинение морального вреда персоналу, причинение вреда деловой репутации и материального ущерба Обществу, влечет ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»
680000, г. Хабаровск, Амурский бульвар, 2, оф.1
Тел. (4212) 323-860, 323-861.

Приложение 1 к приказу № \21 от 21.10.2021

Согласие законного представителя на совершение сделки несовершеннолетним
(заполняется родителем или опекуном/попечителем)

Я,

(ФИО представителя)

паспорт _____,

выдан _____

_____, зарегистрирован(-а) по

адресу: _____

_____, телефон: _____,

являясь законным представителем несовершеннолетнего Пациента (Потребителя)

_____,
« ____ » _____ года рождения,

настоящим даю согласие на подписание Пациентом (Потребителем) настоящего Договора, а также на оплату медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору несовершеннолетнему Пациенту (Потребителю), в том числе за мой счет (средствами законного представителя). Я осознаю финансовую ответственность законного представителя по обязательствам несовершеннолетнего, возникшим вследствие совершенных им сделок. Ставя свою подпись, я подтверждаю, что принимаю на себя обязательства отвечать перед Исполнителем за исполнение Пациентом (Потребителем) всех его обязательств по настоящему Договору в том же объеме, как и Пациент (Потребитель), включая погашение задолженности перед Исполнителем, уплату неустойки, возмещение судебных издержек по взысканию долга и других расходов Исполнителя, вызванных неисполнением или ненадлежащим исполнением Пациентом (Потребителем) своих обязательств по настоящему Договору.

Подпись законного представителя:

/

_____ /

Общество с ограниченной ответственностью «Ши.Бьюти»
ИНН 2721250265 КПП 272101001 ОГРН 1212700004461
680000, г. Хабаровск, Амурский б-р, д. 2, офис 1

«Утверждаю»

Директор _____ Александрова Н.А.

10.06.2021

Услуги, оказываемые парикмахерскими и салонами красоты.

Стандартизация, виды, ответственность.

Парикмахерские и салоны красоты должны работать строго с соблюдением всех гигиенических и санитарных норм и стандартов, зафиксированных в нормативных документах. Услуги таких учреждений направлены на удовлетворение эстетических и гигиенических потребностей клиентов. Услуги парикмахерских и салонов красоты формируют опрятную внешность человека. Для этого они предлагают сделать стрижку и укладку волос, оказывают целый комплекс процедур, направленных на уход за ногтями, руками и стопами, телом. Деятельность таких учреждений строго контролируется несколькими законодательными актами:

1. **Закон «О защите прав потребителя».** Если клиента не устраивает результат посещения салона, он вправе требовать компенсацию средств, не оплачивать услугу и оспаривать качество процедуры в суде.
2. **ГОСТ Р 51142-2019.** Стандартизация по ГОСТу устанавливает и описывает требования к качеству и безопасности оказываемых услуг, предоставляет классификацию процедур в парикмахерских и салонах красоты. В нем представлены также общие технические условия к процедурам.
3. **СанПин 2.1.3678-20.** В этих правилах обозначены санитарно-эпидемиологические требования к устройству, размещению, подходящему оборудованию, обслуживанию и режиму работы организаций коммунально-бытового назначения, оказывающих парикмахерские и косметические услуги.

Процедуры проводятся в стационарных условиях (потребитель посещает учреждение самостоятельно).

Парикмахерская и салон красоты оказывают широкий спектр эстетических и гигиенических услуг, направленных на коррекцию внешнего вида. Разберемся подробнее, какие услуги могут оказывать:

- **Уход за волосами и кожей головы.** Включает в себя химическое и физическое воздействие на волосы. Это мытье, укладка, окрашивание и другие подобные услуги.
- **Уход за кожей лица и тела.** Косметические процедуры направлены на химическое и физическое воздействие на кожу с целью очищения, тщательного ухода, тонизирования. Цель мастера – сделать лицо ухоженным, удовлетворить эстетические потребности клиента.
- **Уход за ногтями и кожей кистей и стоп.** Это воздействие на кожу рук, стоп и ногти химическим и физическим путем. Цель – удовлетворить гигиенические и эстетические потребности потребителей.
- **Уход за ресницами и бровями.** Комплекс услуг, направленный на изменение формы, цвета, длины ресниц или бровей. Проводится с использованием специальных красящих веществ, синтетического клея и других приспособлений.
- **СПА-услуги.** Могут предоставляться как отдельно, так и в комплексе. Они способствуют релаксации, поддержанию физического и ментального здоровья. Могут проводиться с применением специального оборудования.
- **Услуги стрижки и окрашивания волос.** Это физическое и химическое воздействие на волосяной покров, помогающее менять длину волос и их цвет.
- **Услуги визажа.** Комплекс процедур на лице клиентки для создания желаемого образа с применением декоративной косметики.

Для каждого вида услуги есть стандарты, требования и нормы, прописанные в ГОСТах.

Требования общего характера

- Косметические материалы, парфюмерия, постижерное сырье и оборудование, с которым работают парикмахеры,

должны иметь сопровождающую декларацию об их соответствии всем принятым стандартам.

На отдельные виды средств должно присутствовать свидетельство о государственной регистрации.

- Работник, оказывающий парикмахерские услуги, должен иметь соответствующее образование. Он имеет право выполнять спектр работ, соответствующий его квалификации.
- Для оказания медицинских услуг салону необходимо получить специальное разрешение в соответствующей структуре.
- Рабочее место каждого сотрудника парикмахерской или салона красоты должно быть оснащено всеми необходимыми для обслуживания клиентов инструментами. Приспособления должны отвечать нормам безопасности и санитарии.
- Чтобы парикмахерские и салоны красоты могли оказывать широкий спектр услуг, каждый работник должен иметь документальное подтверждение своей квалификации. Сотрудники учреждения обязаны следить за своим внешним видом, а также иметь разрешение на выполнение определенного типа процедур.
- В случае предоставления услуги, которая может вызвать отрицательный эффект, парикмахер вправе заключить с клиентом информированное согласие на проведение процедуры.
- Парикмахерские и салоны красоты должны обеспечить своим клиентам безопасность и сохранность их здоровья. Срок годности всех используемых материалов и косметических средств должен соответствовать, указанному производителем. Во время проведения процедуры мастер должен поинтересоваться у клиента, нет ли у него индивидуальной непереносимости компонентов.
- Перед химическим воздействием на кожу и волосы потребителя (окраска, химическая завивка, наращивание ресниц, окрашивание бровей) необходимо провести аллергическую пробу.
- Расход материалов нужно просчитывать исходя из нормативов и технологий.

После работы с каждым клиентом инструменты необходимо продезинфицировать.

Белье, которое используется для обслуживания, должно регулярно проходить санитарную обработку. Если оно одноразовое, то применять его многократно нельзя.

- Температура воды, используемой во время обслуживания, должна соответствовать технологическим требованиям и устраивать клиента. Оптимальный диапазон – от +38°C до +50°C.
- Реализация и распространение препаратов, составленных по индивидуальным рецептам и не имеющих необходимой документации, запрещена.
- Сотрудники салонов, оказывающие услуги по уходу за лицом и телом, должны иметь специальную подготовку и медицинское образование. Массаж лица и зоны шеи может проводиться только строго по инструкции.

При оказании услуг, предполагающих воздействие ультрафиолетовым излучением, необходимо получить от клиента подтверждение отсутствия противопоказаний к подобным услугам.

Экологическая безопасность процедур, которые мастера предлагают в парикмахерских и салонах красоты, должна обеспечиваться согласно требованиям по охране окружающей среды. Они касаются вентиляции помещений, подведения водоснабжения и канализации, а также технического содержания учреждения. Все отходы должны утилизироваться надлежащим образом.

Действия потребителя при нарушении прав

1. В деятельности парикмахерских и салонов красоты часто бывают ситуации, когда клиент оказывается недовольным качеством оказанных услуг. **Права потребителя защищены на законодательном уровне**, поэтому он имеет право составить жалобу и компенсировать свои траты. Если оказанные салоном услуги отличаются низким качеством, оплата немотивированно высокая или был нанесен существенный ущерб здоровью, потребитель имеет право подать жалобу в соответствующие инстанции.

2. Можно напрямую связаться с директором или администратором. Директор и администрация несут ответственность за деятельность своих подчиненных и салона в целом. Им нужно изложить суть проблемы и потребовать решить ее.

Договор на оказание

В случае необходимости между клиентом и мастером салона красоты заключается договор на оказание парикмахерских услуг. Он включает в себя:

- дату подписания, информацию о том, кто оказывает услуги;
- предмет договора, данные о процедуре;
- права и обязанности каждой стороны;
- стоимость услуг и порядок расчета;
- ответственность каждой из сторон;
- порядок разрешения споров;
- основания и порядок расторжения договора;
- действия в случае форс-мажора.

Заключение договора – процесс необязательный. Его в большинстве случаев подписывают в том случае, когда предполагается химическое воздействие на кожу головы или лица, которое может повлечь аллергические реакции.

Парикмахерские услуги включают в себя перечень процедур, направленных на физическое и химическое воздействие на волосы, кожу лица и тела с целью удовлетворения гигиенических и санитарных нужд клиентов. **Деятельность салонов красоты регламентируется законодательно.**

Общество с ограниченной ответственностью «Ши.Бьюти»
ИНН 2721250265 КПП 272101001 ОГРН 1212700004461
680000, г. Хабаровск, Амурский б-р, д. 2, офис 1

Согласие на обработку персональных данных

Регистрируясь (авторизуясь), оставляя заявки на «Консультацию» и «Обратный звонок» на сайте _____ ООО «Ши.Бьюти» «_____» _____

и в Мобильном приложении «ООО «Ши.Бьюти»», пользователь соглашается с
(название клиники или юр. лица)
настоящим Согласием на обработку персональных данных (далее – Согласие), составленным на основании Политики обработки персональных данных.

Действуя свободно, своей волей и в своем интересе, а также подтверждая свою дееспособность, Пользователь дает свое согласие «ООО «Ши.Бьюти»» расположенному по
(наименование, ИНН)

Адресу г. Хабаровск, Амурский бульвар, 2 _____, на
обработку своих персональных данных
(использующему домен)

со следующими условиями:

1. Данное Согласие дается на обработку персональных данных, как без использования средств автоматизации, так и с их использованием.

2. Согласие дается на обработку следующих персональных данных, не являющихся специальными или биометрическими:

- Ф. И. О.;
- дата рождения;
- номера контактных телефонов;
- адреса электронной почты;
- место работы, адрес места работы и занимаемая должность;
- сведения о местоположении;
- какие страницы открывает и на какие кнопки нажимает пользователь;
- ip-адрес.

3. Персональные данные не являются общедоступными.

4. Цель обработки персональных данных:

- обработка входящих запросов физических лиц и/или юридических лиц с целью оказания консультирования;
- аналитики действий физического лица на веб-сайте и функционирования веб-сайта;
- проведение рекламных и новостных рассылок.

5. Основанием для обработки персональных данных является:

- ст. 24 Конституции Российской Федерации;
- ст. 6 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных»;
- устав ООО «_____»;
- настоящее согласие на обработку персональных данных.

6. В ходе обработки с персональными данными будут совершены следующие действия:

- сбор;

- запись;
- систематизация;
- накопление;
- хранение;
- уточнение (обновление, изменение);
- извлечение;
- использование;
- блокирование;
- удаление;
- уничтожение.

7. Персональные данные обрабатываются до момента отзыва физического лица согласия на обработку персональных данных на домене _____.

8. Согласие может быть отозвано субъектом персональных данных или его представителем:

- путем направления письменного заявления в _____ или его
(наименование клиники или юр. лица)
представителю по адресу, указанному в начале данного Согласия;

- путем направления электронного запроса на адрес _____.

9. В случае отзыва субъектом персональных данных или его представителем согласия на обработку персональных данных _____

(наименование клиники или юр. лица)

вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г.

10. Настоящее согласие действует все время до момента прекращения обработки персональных данных, указанных в п. 7 и п. 8 данного Согласия.

Общество с ограниченной ответственностью

«Ши.Бьюти»

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2

Тел. (4212) 323-860

«Утверждаю» Главный врач Александрова Н.А.

10.09.2021

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения. По каждому пункту анкеты необходимо ответить ДА или НЕТ. Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца: инфаркт миокарда, наличие кардиостимулятора, инсульт, артериальная гипертония. Варикозная болезнь нижних конечностей, тромбофлебит. (Нужное подчеркнуть).	ДА	НЕТ
Заболевания легких. Указать какие именно.	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта.	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Эпилепсия и другие заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевания крови	ДА	НЕТ
Заболевания уха, горла, носа	ДА	НЕТ
Заболевания костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи. Нейродермит.	ДА	НЕТ
Венерические, инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит, туберкулез и др.)	ДА	НЕТ
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или других лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Другие заболевания	ДА	НЕТ
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ		
На местные обезболивающие препараты	ДА	НЕТ
На антибиотики, сульфаниламиды, препараты йода (нужное подчеркнуть). На другие лекарственные препараты (если да, укажите	ДА	НЕТ

какие).		
На другие вещества	ДА	НЕТ
ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ		
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (если да, то какие)	ДА	НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось месяц _____ год _____	ДА	НЕТ
Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Какие-либо другие осложнения во время или после лечения у косметолога, дерматолога	ДА	НЕТ
Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью _____ в год	ДА	НЕТ
Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)	ДА	НЕТ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Вы беременны, являетесь кормящей матерью (нужное подчеркнуть)	ДА	НЕТ
Имеются нарушения менструального цикла	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	ДА	НЕТ

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____

Общество с ограниченной ответственностью «Ши.Бьюти

680000, г. Хабаровск, Амурский бульвар, д. 2, оф. 1, тел. (4212) 323-860

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо
законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Информированное добровольное согласие пациента на процедуру Лазерное воздействие на покровные ткани.

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **Лазерное воздействие на покровные ткани на аппарате** _____ включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: сосудистая сетка, пигментные пятна, мелкие морщины, снижение тонуса кожи, прекращение нежелательного роста волос.

Противопоказаниями: беременность, сахарный диабет, наличие рубцов, использование медикаментов, повышающих светочувствительность, недавнее или запланированное солнечное облучение или посещение солярия.

Возможные осложнения: болезненность; эритема кожи в течении 1-3 суток; пастозность (отек); ожог, при неподготовленной к процедуре коже; пигментация; раздражение кожи, шрамы, рубцы (при наличии противопоказаний к процедуре); инфекция (при недиагностированном первоначальном повреждении кожи); фолликулит (при нарушении рекомендаций врача); крапивница (при возможной индивидуальной реакции кожи); герпес (у людей, склонных к герпетическим высыпаниям); индивидуальные особенности организма пациента.

Лазерные процедуры предполагают курсовое назначение, индивидуальное для каждого пациента. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

Мне понятно, что нарушение мною врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных осложнений, или стать их причиной. Это в свою очередь может ухудшить

результаты процедуры и потребовать дополнительного лечения. Если это произойдет по моей вине, я несу за это полную ответственность, в том числе материальную.

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство.

(Ф.И.О. пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

"__" _____ г.

(дата оформления)

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Памятка для пациента, получившего процедуру Лазерное воздействие на покровные ткани.

- После лазерного воздействия на покровные ткани для предупреждения гипо- и гиперпигментации необходимо избегать прямого воздействия солнечных лучей. Для этого обязательно использовать солнцезащитные средства с высоким уровнем защиты от ультрафиолета (более 30) в течение трех месяцев после процедуры. При длительном пребывании на солнце наносить крем каждые два часа.
 - Исключить горячие ванны, бани, сауны, спортивные тренировки в течение двух недель после лазерного воздействия.
 - Исключить поездки в страны с жарким климатом в течение шести месяцев, не посещать солярий и не загорать.
 - Избегать давления и трения на обработанные лазером области, не использовать скрабы, пилинги и другие отшелушивающие средства.
- Приостановить использование косметических средств, содержащих фруктовые кислоты или ретинол (или любой препарат, содержащий вит А) за две недели до и две недели после процедуры.
- В течение 7-14 дней после лазерного омоложения желателно спать на спине с приподнятым головным концом с целью уменьшения отеков. Не спать лицом вниз!
 - С целью уменьшения дискомфорта и отека можно накладывать холодные компрессы на обработанные участки кожи на 10 минут меняя каждый час в первый и второй день после процедуры.
 - Протирать лицо в первые два дня необходимо 5-6 раз в день только водным раствором хлоргексидина или фурацилина или мирамистина стерильными салфетками.
 - Со второго дня после процедуры можно принимать душ и умываться обычным детским мылом.
 - После каждого умывания наносить крем, состоящий из мазей в соотношении 1:1 «Метилурациловая мазь», крем «Бепантен», мазь «Траумель С» по мере ощущения сухости кожи, но не менее 5-6 раз в день.
 - Не стоит использовать вазелин, поскольку он закрывает поры.
 - Если первые три дня формируется стойкое покраснение пунцового оттенка в смесь мазей добавлять небольшое количество мази «Элоком или «Адвадтан».
 - Если на коже образовались корочки, не следует их удалять

Лазерная система Cutera^{XEO} предназначена для эпиляции и/или для лечения сосудистых дефектов.

Результаты могут быть различны для различных типов кожи, цвета волос, размера и расположения вен.

В течение суток после лазерной эпиляции нужно постараться не мочить обработанные участки кожи, а в течение следующих двух-трех – не тереть кожу мочалкой.

Далее, во избежание воспалений, после лазерной эпиляции нельзя:

- загорать (даже с солнцезащитным кремом) – как минимум две недели (подробнее);
- посещать солярий, сауну, баню, использовать ультрафиолетовую лампу – как минимум три недели;
- плавать в бассейнах и принимать джакузи и любые длительные водные процедуры – как минимум полторы-две недели;
- заниматься спортом и всем тем, что связано с сильными физическими нагрузками, во избежание интенсивной работы потовых желез – как минимум неделю;
- принимать интенсивно горячий душ и, тем более, ванну – как минимум две недели;
- использовать скрабы и другие средства, раздражающие кожу (в том числе содержащие спирт, абразивы и т. п.) – как минимум две недели.

Кроме того, следует иметь в виду, что **нельзя делать массаж в течение первых нескольких дней после лазерной эпиляции** (за исключением легкого массирования кожи, которое допускается начиная со второго дня после процедуры).

В этот период следует воздержаться от любых стрессовых нагрузок на организм, включая курение и принятие алкоголя.

Любой новый лекарственный препарат, назначенный в это время, – тоже повод проявить осторожность и дополнительно проконсультироваться с врачом.

Любое грубое удаление отрастающих волос снижает эффект лазерной эпиляции, при этом аккуратное сбривание их станком, напротив, дает положительный результат, вот почему после лазерной эпиляции нельзя ни выдергивать волосы пинцетом, ни удалять их с помощью воска, сахарной пасты, виброэпилятора и пр.

Мне объяснено что:

- Волосы растут в течение 3х различных циклов и волосяные фолликулы могут быть разрушены только во время цикла анагена (роста);
- длительность цикла роста волос и процент волос в анагенной фазе различны для всех участков тела;
- глубина фолликулов различается по всему телу;
- возраст, этническая принадлежность, метаболизм, лекарства и гормональные изменения влияют на расположение, упругость и толщину волос.
- Поэтому процедура лазерной эпиляции требует курсового назначения (от 8 до – 10- 12 -14 процедур)
- Лечение сосудов может потребовать несколько процедур, в зависимости от размера, расположения и глубины вен;
- может появиться пурпура (небольшое кровотечение в окружающих тканях оставляет пурпурное, а позже коричневатое изменение цвета);
- результаты лечения вен на ногах будут лучше, если я снижу физическую активность, буду использовать холодные обертывания или носить поддерживающие чулки в течение 3 дней.
-

Информация мною изучена и будет принята к выполнению.

Пациент Ф.И.О. _____

« ___ » _____ 20__ г.
дата заполнения

Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

**Информированное добровольное согласие на процедуру криолипосакции
на аппарате ZELTIQ Breeze**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **криолипосакции на аппарате ZELTIQ Breeze**, включенную в Перечень определенных видов медицинских услуг, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.Бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: жировые складки толщиной не менее 2,5 см и не более 6 см в области живота, боковых поверхностей, спины, коленей.

Противопоказания: холодовая аллергия и подобные реакции на воздействие низкими температурами, нарушения кровообращения в проблемной зоне, сахарный диабет, диабетическая полинейропатия, постгерпетическая невралгия, нарушение свертываемости крови, открытые раны, рубцы, грыжи в зоне воздействия, беременность, лактация, онкологические заболевания, печеночная, почечная недостаточность, гепатит, кожные заболевания.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю).

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись) " __ " _____ г.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

**Памятка для клиента при проведении процедуры криолипосакции
на аппарате ZELTIQ Breeze**

- Общая и местная анестезии, а также обезболивающие средства не требуются.
- Для помещения ткани между охлаждающими панелями аппликатор использует легкое вакуумное давление.
- В обрабатываемой зоне из-за вакуумного давления возможно чувство покалывания.
- В обрабатываемой зоне появится чувство холода. Оно проходит в течение нескольких минут.
- Во время операции, в зависимости от местонахождения обрабатываемой зоны, можно принять любое положение (сидя или лежа).
- Процедура занимает от 1 до 2 часов в зависимости от количества обрабатываемых зон
- Во время процедуры можно читать, слушать музыку или просто расслабляться.
- Вернуться к обычной деятельности можно приступить сразу после процедуры.
- Ткани могут потерять подвижность или выглядеть окоченевшими сразу после процедуры. Это нормальное явление, которое проходит через несколько минут.
- В течение двадцати минут после удаления аппликатора может сохраняться покраснение обрабатываемой зоны.
- Вакуум может повлечь за собой возникновение синяков или болезненных ощущений при прикосновении. Как правило, это проходит в течение нескольких недель.
- Возможно временное притупление чувств или онемение в обрабатываемой зоне. Это явление, проходит через несколько часов после процедуры (максимум через восемь недель).

Состояние через несколько дней/недель после процедуры

- У некоторых пациентов появляется устойчивое покраснение, которое проходит через несколько дней. Позвоните нам по телефону 32-38-60, при появлении боли, опухоли или покраснения, при ухудшении этих симптомов или при их продолжительности более 2 недель
- На обработанной зоне может появиться синяк. Это обычное явление, которое может продолжаться в течение нескольких недель. Свяжитесь с нами, если он не проходит за 4 недели или если по истечении двух недель он разрастается.
- В течение двух недель после процедуры вы можете испытывать одно или несколько из нижеперечисленных ощущений: покалывание, слабость, спазмы и/или болезненность. Проконсультируйтесь с нами в случае, если эти ощущения продолжаются более двух недель или если они усиливаются.
- Возможно временное притупление чувств или онемение в обрабатываемой зоне до восьми недель.

Информация мною изучена и будет принята к выполнению.

Пациент Ф.И.О. _____

« » _____ 2021_г.
дата заполнения

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Списание расходного материала по процедуре “КРИОЛИПОСАКЦИЯ НА АППАРАТЕ Zeltiq Breeze”

ФИО пациента: _____

Контактный телефон: _____

ФИО врача: _____

Область работы: _____

Расходные материалы, используемые в процедуре «Криолипосакция на аппарате Zeltiq Breeze»:

1. Аппликатор: **eZ 6.2 (CoolCurve)**

(нужное подчеркнуть) **eZ 6.3 (CoolCoore)**

CoolCurve +

CoolFit

2. Картридж: **eZ card 6 на 24 цикла** _____

3. Одноразовые гелевые салфетки: **eZ pad 6:** _____ ШТ.

4. Одноразовые чехлы: **eZ liner 6:** _____ ШТ.

Стоимость процедуры: _____
(сумма цифрами)

(сумма прописью)

Подпись врача: _____

Общество с ограниченной ответственностью

«Ши.Бьюти»

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2

Тел. (4212) 323-860

«Утверждаю» Главный врач Александрова Н.А. 10.09.2021

Информированное добровольное согласие на процедуру вакуумно – роликового массажа на аппарате LPG ALLIANCE

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)

_____ г. рождения,

Даю информированное добровольное согласие на услугу **вакуумно-роликового массажа на аппарате LPG - ALLIANCE**, включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н , для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.Бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: локальные жировые отложения, дряблость кожного покрова, целлюлит общее снижение эластичности и старение кожи, двойной подбородок и нечеткий контур лица, сокращение восстановительного периода после операций, в том числе пластических, отеки.

Противопоказания: заболевания вен в области воздействия, нарушение кожного покрова и воспаления в области воздействия, беременность, инфекционные заболевания в остром периоде, заболевания крови, онкологические заболевания, прием препаратов, разжижающих кровь.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. пациента)

подпись

(Ф.И.О. медицинского работника)

подпись

"__" _____ г.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Информированное добровольное согласие пациента на процедуру Лазерное воздействие на покровные ткани.

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **Лазерное воздействие на покровные ткани на аппарате** _____ включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: сосудистая сетка, пигментные пятна, мелкие морщины, снижение тонуса кожи.

Противопоказаниями: беременность, сахарный диабет, наличие рубцов, использование медикаментов, повышающих светочувствительность, недавнее или запланированное солнечное облучение или посещение солярия.

Возможные осложнения: болезненность; эритема кожи в течении 1-5 суток; пастозность (отек); при неподготовленной к процедуре коже; пигментация; раздражение кожи; инфекция (при недиагностированном первоначальном повреждении кожи); крапивница (при возможной индивидуальной реакции кожи); герпес (у людей, склонных к герпетическим высыпаниям); индивидуальные особенности организма пациента.

Лазерные процедуры предполагают курсовое назначение, индивидуальное для каждого пациента. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

Мне понятно, что нарушение мною врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных осложнений, или стать их причиной. Это в свою очередь может ухудшить результаты процедуры и потребовать дополнительного лечения. Если это произойдет по моей вине, я несу за это полную ответственность, в том числе материальную.

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство.

(Ф.И.О. пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

"__" _____ г.

(дата оформления)

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Памятка для пациента, получившего процедуру «Лазерное воздействие на покровные ткани».

- После лазерного воздействия на покровные ткани для предупреждения гипо- и гиперпигментации необходимо избегать прямого воздействия солнечных лучей. Для этого обязательно использовать солнцезащитные средства с высоким уровнем защиты от ультрафиолета (более 30) в течение трех месяцев после процедуры.
 - Исключить горячие ванны, бани, сауны, в течение двух недель после лазерного воздействия.
 - Исключить поездки в страны с жарким климатом в течение шести месяцев, не посещать солярий и не загорать.
 - Избегать давления и трения на обработанные лазером области, не использовать скрабы, пилинги и другие отшелушивающие средства.
 - Приостановить использование косметических средств, содержащих фруктовые кислоты или ретинол (или любой препарат, содержащий вит А) за две недели до и две недели после процедуры.
 - В течение 7-14 дней после лазерного омоложения желательно спать на спине с приподнятым головным концом. Не спать лицом вниз!
 - В течение суток не умываться.
 - В первые сутки ничего не наносить на лицо. В случае дискомфорта (усиление жжения, ощущения стянутости кожи) Не умываясь, нанести Пантенол (Бепантен).
 - На вторые и последующие дни очищение лица проводить мягкими средствами, не содержащими фруктовые кислоты, ретинол. Использовать увлажняющие средства.
 - Не стоит использовать вазелин, поскольку он закрывает поры.
 - При наличии зуда, сохраняющейся эритемы, высыпаниях – обязательно обратиться к своему лечащему врачу
 - Следует воздержаться от приема алкоголя и курения, так как это может повлиять на процессы восстановления.
 - Обязательно консультироваться с врачом перед началом приема новых лекарственных препаратов.
- При возникновении любых жалоб и вопросов необходимо консультироваться с лечащим врачом и выполнять только его назначения!

Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Информированное добровольное согласие на инъекции препаратов токсина ботулизма типа А (ботулинотерапия)

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **инъекции препаратов токсина ботулизма типа А (ботулинотерапия)**, включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.Бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

_____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания противопоказания к ней:

Показания: мимические морщины, гипергидроз, асимметрия лица.

Противопоказания: миастения, воспалительный процесс в месте инъекций, инфекционные заболевания, беременность и лактация, миопия высокой степени, прием лекарственных препаратов (снотворные, психотропные препараты, антибиотики, витамины группы В).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю).

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

_____ (Ф.И.О. пациента)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (подпись)

" __ " _____ Г.

Памятка для пациента после использования ботулотоксина

1. Ботулинический токсин типа «А» блокирует транспорт ацетилхолина, который является основным медиатором, регулирующим процесс потоотделения. В результате этого блокируется активность потовых желез на срок от 4 до 12 месяцев (в зависимости от индивидуальных особенностей пациента).
2. По истечении данного периода времени, для поддержания эффекта необходима повторная процедура.
3. Клинический эффект начинает проявляться на 2-7 день после инъекции и достигает своего максимума на 10-15 день.
4. В редких случаях возможна низкая чувствительность к действию препарата.
5. После проведения коррекции возможно развитие побочной реакции в виде компенсаторного потоотделения.

После проведения процедуры рекомендуется:

- Избегать приема алкоголя и воздействия высоких температур на область инъекции в течение первых двух недель (горячие компрессы, баня, сауна, солярий) из-за возможного уменьшения эффекта.
- Не применять антибиотики группы аминогликозидов и/или тетрациклинов в течение 4 месяцев.

Подписи:

Врач _____
Пациент _____

Препараты, содержащие ботулотоксин типа «А»

ПРОТОКОЛ КОРРЕКЦИИ

Дата _____
Ф.И.О. _____
Возраст: _____



ЛЕВАЯ

ПРАВАЯ

Области коррекции	Кол-во единиц введенного препарата

Общая доза введенного препарата _____
Серия препарата: _____
Срок годности: _____
Растворитель: _____
Объем растворителя: _____

ПРОТОКОЛ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Дата осмотра: _____
Дополнительное воздействие: _____

Комментарии:

Памятка для пациента после использования ботулотоксина

1. Вызывает расслабление напряженных мышц, что приводит к разглаживанию мимических морщин (складок) лица.
2. Действие препарата начинает проявляться на 2-7 день после инъекции и достигает максимума на 10-15 день.
3. Эффект после введения препарата сохраняется 3-6 месяцев.
4. По истечении данного периода времени для поддержания эффекта необходима повторная процедура.

После инъекции возможно возникновение

временных обратимых побочных эффектов: отек глаза, сухость глаза (сухой кератоконъюнктивит), реакция в месте введения (включая боль, гематому, кожный зуд, парестезию, эритему, сыпь), слабость соседних к месту введения мышц, птоз век, астиопия (слабость зрения), парез мышц лица, расстройства зрения; головная боль; крапивница.

После проведения процедуры рекомендуется:

- Сохранять вертикальное положение тела в течение первых 4 часов.
- Не массировать и не разминать места инъекций на протяжении первых суток.
- Избегать приема алкоголя и воздействия высоких температур в течение первых двух недель (горячие компрессы, баня, сауна, солярий) из-за возможного уменьшения эффекта.
- Совершать активные движения мимическими мышцами на протяжении первых суток после инъекции.
- Не применять антибиотики группы аминогликозидов и/или тетрациклин в течение 4 месяцев.

Подписи:

Врач _____

Пациент _____

Препараты, содержащие ботулотоксин типа «А»

ПРОТОКОЛ КОРРЕКЦИИ

Дата _____

Ф.И.О. _____

Возраст: _____



Области коррекции	Кол-во единиц введенного препарата

Общая доза введенного препарата _____

Серия препарата: _____

Срок годности: _____

Растворитель: _____

Объем растворителя: _____

ПРОТОКОЛ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Дата осмотра: _____

Дополнительное воздействие: _____

Комментарии:

Памятка для пациента после использования ботулотоксина

1. Ботулотоксин типа А вызывает расслабление напряженных мышц, что приводит к разглаживанию мимических морщин (складок) лица.
2. Действие препарата начинает проявляться на 2-7 день после инъекции и достигает максимума на 10-15 день.
3. Эффект после введения препарата сохраняется 3-6 месяцев.
4. По прошествии данного периода времени для поддержания эффекта необходима повторная процедура.

После инъекции возможно возникновение

Временных обратимых побочных эффектов: отек глаза, сухость глаза (сухой кератоконъюнктивит), реакция в месте введения (включая боль, гематому, кожный зуд, парестезию, эритему, сыпь), слабость соседних к месту введения мышц, птоз век, астиопия (слабость зрения), парез мышц лица, расстройства зрения; головная боль; крапивница.

После проведения процедуры рекомендуется:

- Сохранять вертикальное положение тела в течение первых 4 часов.
- Не массировать и не разминать места инъекций на протяжении первых суток.
- Избегать приема алкоголя и воздействия высоких температур на область инъекции в течение первых двух недель (горячие компрессы, баня, сауна, солярий) из-за возможного уменьшения эффекта.
- Совершать активные движения мимическими мышцами на протяжении первых суток после инъекции.
- Не применять антибиотики группы аминогликозидов и/или тетрациклин в течение 4 месяцев.

Подписи:

Врач _____

Пациент _____

Памятка для пациента после использования ботулотоксина

1. Ботулотоксин типа А вызывает расслабление напряженных мышц, что приводит к разглаживанию мимических морщин (складок) лица.
2. Действие препарата начинает проявляться на 2-7 день после инъекции и достигает максимума на 10-15 день.
3. Эффект после введения препарата сохраняется 3-6 месяцев.
4. По прошествии данного периода времени для поддержания эффекта необходима повторная процедура.

После инъекции возможно возникновение

Временных обратимых побочных эффектов: отек глаза, сухость глаза (сухой кератоконъюнктивит), реакция в месте введения (включая боль, гематому, кожный зуд, парестезию, эритему, сыпь), слабость соседних к месту введения мышц, птоз век, астиопия (слабость зрения), парез мышц лица, расстройства зрения; головная боль; крапивница.

После проведения процедуры рекомендуется:

- Сохранять вертикальное положение тела в течение первых 4 часов.
- Не массировать и не разминать места инъекций на протяжении первых суток.
- Избегать приема алкоголя и воздействия высоких температур на область инъекции в течение первых двух недель (горячие компрессы, баня, сауна, солярий) из-за возможного уменьшения эффекта.
- Совершать активные движения мимическими мышцами на протяжении первых суток после инъекции.
- Не применять антибиотики группы аминогликозидов и/или тетрациклин в течение 4 месяцев.

Подписи:

Врач _____

Пациент _____

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

**Информированное добровольное согласие на процедуру контурного моделирования
лица**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу _____, включенную в перечень определенных видов медицинских услуг, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.Бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: возрастные изменения.

Противопоказания:

-воспалительные заболевания в стадии обострения, системная патология соединительной ткани, онкологические заболевания, диабетическая ангиопатия, геморрагический синдром, прием антикоагулянтов и препаратов, снижающих свертываемость крови, возраст до 16 лет, множественные невусы, патологическая боязнь иглы, хронические заболевания в стадии обострения, беременность и лактация, склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов, аутоиммунные заболевания, инфекционные заболевания в стадии обострения.

Возможные побочные проявления: по данным различных источников – 1-0%.

1.Отек (в норме уходит за несколько дней);

2. Гематома;

3. Индивидуальная реакция, в частности ранее не имевшая места аллергическая реакция;

- Нарушение чувствительности из-за временного сдавления нерва филлером;

4. Болезненность, дискомфорт (говорит о возможной индивидуальной реакции на введение филлера);

5. Появление пигментации в ответ на травму кожи;

6. Незначительная воспалительная реакция (1-3 дня);

7. Гранулемы, фиброз;

8. Травмы сосудов (ишемия, эмболия);

9. В течение суток обратить внимание на болезненность, эритему, отек тканей. При нарастании этих симптомов срочно обратиться к врачу.

- Эффект Тиндаля (из-за длительного отека тканей нарушается работа сосудов кожи)

Мне понятно, что нарушение мною врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных осложнений, или стать их причиной. Это в свою очередь может ухудшить

результаты процедуры и потребовать дополнительного лечения. Если это произойдет по моей вине, я несу за это полную ответственность, в том числе материальную.

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

"__" _____ г.
(дата оформления)

Памятка по уходу за кожей после контурного моделирования лица

1. В течение 2-3 дней после процедуры:

- Не рекомендуется нанесение косметических и лекарственных средства на область инъекции, за исключением препаратов, рекомендованных Вашим врачом

2. В течение 7-10 дней после процедуры НЕЖЕЛАТЕЛЬНО:

- Подвергаться воздействию активного тепла (баня, сауна)
- Испытывать значительные физические нагрузки (занятия спортом, тяжелая физическая работа)
- Употреблять алкоголь, горячую и острую пищу
- Находиться под воздействием ультрафиолетового излучения (прямые солнечные лучи, солярий)

3. Очищение кожи должно быть деликатным с использованием молочка и тоника. Необходимо воздержаться от применения скраба.

4. В случае появления любых осложнений следует незамедлительно обратиться к лечащему врачу.

Информация мною изучена и будет принята к выполнению.

Пациент Ф.И.О. _____

«__» _____ 20__ г.
дата заполнения

Общество с ограниченной ответственности «Ши.Бьюти»

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2

Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

«Утверждаю» Главный врач Александрова Н.А. 29.09.2021

Информированное добровольное согласие на применение местной (инфильтрационная, аппликационная) анестезии

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)

даю согласие на проведение медицинского вмешательства с использованием местной анестезии препаратом _____ в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я проинформирован (а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что назвал(а) врачу, проводящему местную анестезию, все известные имеющиеся у меня болезни, недуги, состояния. Я подтверждаю, что добровольно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне местной (проводниковой) анестезии.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

" _ " _____ г.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

**Информированное добровольное согласие пациента на процедуру окситермия в аппарате
«Альфа-Окси капсула».**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **окситермическое воздействие на покровные ткани на аппарате «Альфа-Окси капсула»** _____ включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: зависимость от алкоголя, табака, наркотиков, игр; мигрени, частые головные боли; стресс, нервное расстройство, депрессия; интоксикация любого происхождения; нарушение микроциркуляции, отеки; мышечная усталость, в том числе после высокой физической нагрузки; повреждения и хронические патологии опорно-двигательного аппарата; ослабление организма после операции; патологии дыхательной системы; дерматологические заболевания неинфекционной природы; вегето-сосудистая дистония; расстройства сна; ожирение 1 — 3 степени; необходимость восстановления после родов; негативные эстетические изменения после похудения, грудного вскармливания; необходимость **восстановления после перенесенной коронавирусной инфекции**

Имеются противопоказания: обострение любой хронической патологии; инфекция, особенно с повышением температуры тела; открытые раны и другие повреждения на коже; онкология; серьезные проблемы с сердцем; сахарный диабет; отеки, вызванные различными заболеваниями; мокнувший дерматит; беременность, критические дни; клаустрофобия.

Процедуры по программам на «Альфа-Окси капсуле» предполагают курсовое назначение, индивидуальное для каждого пациента. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или

иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

Мне понятно, что нарушение мною врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных осложнений, или стать их причиной. Это в свою очередь может ухудшить результаты процедуры и потребовать дополнительного лечения. Если это произойдет по моей вине, я несу за это полную ответственность, в том числе материальную.

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство.

(Ф.И.О. пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

"__" _____ г.

(дата оформления)

Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Информированное добровольное согласие пациента на процедуру «Лазерное воздействие на покровные ткани с помощью диодного лазера MEDIOSTAR NEXT PRO»

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. р,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу «Лазерное воздействие на покровные ткани с помощью диодного лазера Mediostar NEXT PRO», включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390 н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.Бьюти». Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: сосудистая сетка, пигментные пятна, мелкие морщины, снижение тонуса кожи, прекращение нежелательного роста волос.

Противопоказаниями: беременность, лактация, сахарный диабет, наличие рубцов, использование медикаментов, повышающих светочувствительность кожи, недавнее или запланированное солнечное облучение или солярий.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю).

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

"__" _____ г.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Памятка для клиента, получившего услугу «Лазерное воздействие на покровные ткани с помощью диодного лазера MEDIOSTAR NEXT PRO»

Диодный лазер Mediostar NEXT PRO предназначен для эпиляции и/или для лечения сосудистых дефектов.

Клинические результаты могут быть различны для различных типов кожи, цвета волос, размера и расположения вен.

Это связано с тем, что:

- Волосы растут в течение 3х различных циклов и волосяные фолликулы могут быть разрушены только во время цикла анагена (роста).
- Длительность цикла роста волос и процент волос в анагенной фазе различны для всех участков тела.
- Глубина фолликулов различается по всему телу.
- Возраст, этническая принадлежность, метаболизм, лекарства и гормональные изменения влияют на расположение, упругость и толщину волос.
- Лечение сосудов может потребовать несколько процедур, в зависимости от размера, расположения и глубины вен.
- Возможно появление пурпуры (небольшое кровотечение в окружающих тканях, имеющее пурпурный, а позже коричневый цвет).
- Результаты лечения вен на ногах будут лучше, при уменьшении физической активности, использовании холодных обертываний и компрессионного белья в течение 3 дней.

Информация мною изучена и будет принята к выполнению.

Пациент Ф.И.О. _____

« ____ » _____ 20 ____ г.
дата заполнения

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Памятка для клиента, получившего услугу «Лазерное воздействие на покровные ткани с помощью диодного лазера MEDIOSTAR NEXT PRO»

Диодный лазер **Mediostar NEXT PRO** предназначен для эпиляции и/или для лечения сосудистых дефектов. Клинические результаты могут быть различны для различных типов кожи, цвета волос, размера и расположения вен.

Это связано с тем, что:

1. Волосы растут в течение 3х различных циклов и волосяные фолликулы могут быть разрушены только во время цикла анагена (роста). Длительность цикла роста волос и процент волос в анагенной фазе различны для всех участков тела. Глубина фолликулов различается по всему телу. Возраст, этническая принадлежность, метаболизм, лекарства и гормональные изменения влияют на расположение, упругость и толщину волос.
2. Лечение сосудов может потребовать несколько процедур, в зависимости от размера, расположения и глубины вен. Возможно появление пурпуры (небольшое кровотечение в окружающих тканях, имеющее пурпурный, а позже коричневый цвет). Результаты лечения вен на ногах будут лучше при уменьшении физической активности, использовании холодных обертываний и компрессионного белья в течение 3 дней.

Информация мною изучена и будет принята к выполнению.

Пациент Ф.И.О. _____

«__» _____ 20__ г.

дата заполнения

Общество с ограниченной ответственностью

«Ши.Бьюти»

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

**Информированное добровольное согласие на дерматологический пилинг
(химический пилинг: срединный, поверхностный)**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **дерматологический пилинг (химический пилинг: срединный, поверхностный)**, включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.Бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

_____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: себорея, акне, гиперпигментация, постакне, мелкие морщины, гиперкератоз.

Противопоказания: гиперчувствительность к компонентам пилинга, инфекционные процессы на коже, беременность, лактация, нарушение целостности кожных покровов в области воздействия, новообразования в области воздействия, герпес в стадии обострения, атопический дерматит, купероз, непонимание необходимости использования солнечной защиты и разумного отношения к загару, невротические состояния, склонность к образованию келоида, проведенное менее 6 мес. назад лечение изотретиноином, применение аппаратных процедур светового воздействия (лазер, IPL), тяжелая степень акне и фурункулез, планируемое оперативное лечение в зоне предполагаемого пилинга.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю).

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

"__" _____ г.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Памятка по уходу за кожей после пилинга.

Ощущения пациента во время и после процедуры:

- Жжение различной степени интенсивности в зависимости от индивидуальной чувствительности во время проведения процедуры.
- В первые сутки после процедуры ощущение прилива тепла к коже, подергивания.
- На вторые сутки – стянутость, потемнение кожи, усиление отека.
- На третьи сутки кожа приобретает морщинистый вид.
- На 4-6 сутки начинается шелушение кожи вокруг глаз, рта и подбородка, затем щек и лба. Уменьшается отек. В некоторых случаях этот процесс длится более семи дней.

Рекомендации после процедуры:

- При первых признаках обострения герпетической инфекции необходимо использовать мазь «Зовиракс» или «Ацикловир».
- Необходимо исключить специальное или случайное преждевременное удаление корочек или пленки.
- Умываться разрешено не ранее, чем через 12 часов после пилинга нехлорированной теплой водой, с последующим осторожным подсушиванием кожи легкими прикосновениями салфетки.
- При ярко выраженной красноте, зуде, отеке на участке, где прошло отшелушивание, использовать крем «Сикадерм» один раз в день утром или «Келадерм» 2-3 раза в день.
- После пилинга перед выходом на улицу (независимо от времени года) необходимо применять солнцезащитный крем с SPF не ниже 20.
- В последующие дни после пилинга наносится специализированный увлажняющий гель Алоэ вера (по мере стягивания кожи и необходимости гель наносится несколько раз в день).
- Повторное проведение процедуры возможно не ранее, чем через 10-20 дней.

Информация мною изучена и будет принята к выполнению.

Пациент Ф.И.О. _____

« ___ » _____ 20 ___ г.

Общество с ограниченной ответственностью

«Ши.Бьюти»

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2

Тел. (4212) 323-860

«Утверждаю» Главный врач Александрова Н.А.

10.09.2021

Информированное добровольное согласие на процедуру грязевые обертывания для лечения целлюлита

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)

_____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **грязевые обертывания для лечения целлюлита**, включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.Бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: липодистрофия, изменение качества кожного покрова (вялость и дряблость), сухость кожи.

Противопоказания: беременность, лактация, варикозная болезнь нижних конечностей, менисис, злокачественные новообразования, нарушения целостности кожного покрова в области воздействия, воспалительные процессы в области воздействия, хронические заболевания в стадии обострения, непереносимость ингредиентов косметического средства.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

_____ (Ф.И.О. клиента)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (подпись)

"__" _____ г.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Информированное добровольное согласие на введение инъекционных тканевых наполнителей (нитевые технологии)

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **Введение инъекционных тканевых наполнителей (нитевые технологии)**, включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.Бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

_____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: птоз мягких тканей, дряблость кожи, морщины.

Противопоказания: инфекционные и воспалительные процессы, аутоиммунные заболевания кожи, наличие не биодegradируемых филлеров в зоне предполагаемого введения, злокачественные новообразования, акне (в период обострения), нарушение целостности кожи в зоне предполагаемого воздействия, гемофилия, беременность, лактация.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю). В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

ФИО

_____ (Ф.И.О. пациента)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)
" _ " _____ (дата оформления)

_____ (подпись)

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Памятка для клиента после введения инъекционных тканевых наполнителей

После введения инъекционных тканевых наполнителей возможно возникновение временных обратимых побочных эффектов:

- Реакция в месте введения тканевых наполнителей (боль, гематома, кожный зуд, снижение чувствительности, покраснение, сыпь)
- Головная боль

После проведения процедуры рекомендуется:

- Наложение «холодового» компресса на область косметологической манипуляции первые 48 часов после проведения процедуры 3-4 раза в сут в течение 15 мин
- В течение 2-3 дней не рекомендуется принимать горячие напитки и горячую пищу
- В течение 3-5 дней рекомендуется обрабатывать места проколов кожи антисептическими растворами (хлоргексидин)
- При сохранении болевых ощущений возможно применение обезболивающих препаратов в соответствии с инструкцией и отсутствием противопоказаний (ибупрофен)
- Ношение фиксирующей повязки на срок до 1 мес (нанесение фиксирующей повязки в положении лежа на спине с приподнятым подбородком)
- Не массировать и не разминать места введения инъекционных тканевых наполнителей
- Отказ от алкоголя (на 2-3 недели), массажа и физиотерапевтических процедур на участках имплантации (в течение 2 месяцев), тепловых процедур (в том числе, посещение бани, сауны и бассейна), процедур миостимуляции (на 2 месяца)
- Ограничение активности лицевых мышц, а также, занятий фитнесом в течение 1 месяца

Информация мною изучена и будет принята к выполнению.

Пациент Ф.И.О. _____

«__» _____ 20__ г.
дата заполнения

Общество с ограниченной ответственностью

«Ши.Бьюти»

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Информированное добровольное согласие на процедуру вакуумный массаж кожи

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **вакуумный массаж кожи**, включенную в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши. Бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: локальные жировые отложения, дряблость кожного покрова, липодистрофия, целлюлит (отечно - фибросклеротическая панникулопатия), общее снижение эластичности и старение кожи, растяжки (стрии), рубцы различной этиологии, восстановление после операций, отеки.

Противопоказания: заболевания вен в области воздействия, нарушение целостности кожного покрова и воспаления в области воздействия, беременность, лактация, подкожный кровоподтек, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю).

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. пациента
(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)
(подпись)

"__" _____ г.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Информированное добровольное согласие на процедуру биоревитализации кожи

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на услугу **биоревитализация кожи**, включенную в перечень определенных видов медицинских услуг, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Ши.Бьюти».

Медицинским работником (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

_____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне известны показания и противопоказания к ней:

Показания: сухость, обезвоженность кожи, мелкие морщины, возрастные изменения.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость гиалуроновой кислоты, воспалительные заболевания в стадии обострения, системная патология соединительной ткани, онкологические заболевания, диабетическая ангиопатия, геморрагический синдром, прием антикоагулянтов и препаратов, снижающих свертываемость крови, возраст до 16 лет, множественные невусы, патологическая боязнь иглы, хронические заболевания в стадии обострения, беременность и лактация, склонность к образованию келоидных и гипертрофических рубцов, аутоиммунные заболевания, инфекционные заболевания в стадии обострения.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю).

В случае ухудшения самочувствия я обязан(а) обратиться к лечащему врачу. Категорически противопоказано обращение в стороннюю медицинскую организацию. В противном случае лечащий врач не принимает на себя ответственность за проведенное альтернативное вмешательство.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

_____ (Ф.И.О. пациента)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (подпись)

" " _____ Г

**Общество с ограниченной ответственностью
«Ши.Бьюти»**

680000, г. Хабаровск, бульвар Амурский, д. 2
Тел. (4212) 323-860, лицензия ЛО-27-01-003047 18.08.2021

Памятка по уходу за кожей после биоревитализации

1. Дискомфортные ощущения в области инъекций (краснота, отечность, синяки) могут сохраняться в течение от 1-го до 7 дней.
2. В течение 2-3 дней после процедуры:
 - Не рекомендуется нанесение косметических и лекарственных средства на область инъекции, за исключением препаратов, рекомендованных Вашим врачом
 - Желательно проведение процедуры реабилитации, целью которой является равномерное распределение препарата в коже при помощи массажа
3. В течение 7-10 дней после процедуры **НЕЖЕЛАТЕЛЬНО**:
 - Подвергаться воздействию активного тепла (баня, сауна)
 - Испытывать значительные физические нагрузки (занятия спортом, тяжелая физическая работа)
 - Употреблять алкоголь, горячую и острую пищу
 - Находиться под воздействием ультрафиолетового излучения (прямые солнечные лучи, солярий)
 - Принимать нестероидные противовоспалительные препараты.
4. Очищение кожи должно быть деликатным с использованием молочка и тоника. Необходимо воздержаться от применения скраба.
5. Следует помнить, что для достижения оптимального эстетического результата может потребоваться несколько процедур введения препаратов.
6. В случае появления любых осложнений следует незамедлительно обратиться к лечащему врачу.
7. Косметологические чистки лица могут проводиться не ранее, чем через 2 недели после процедуры биоревитализации.

Информация мною изучена и будет принята к выполнению.

Пациент Ф.И.О. _____

«___» _____ 20__ г.
дата заполнения