**ДОГОВОР**

**на оказание косметологических услуг N б/н**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Бишкек | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. |

ОсОО «Золотое яблоко» (Клиника косметологии ЗОЛОТОЕ ЯБЛОКО),осуществляющая свою деятельность на основании Устава, в лице директора Ильиной Анны Сергеевны, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем "Заказчик ", с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:  
**1. Предмет Договора**  
1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику косметологические услуги (далее - "Услуги"), а Заказчик обязуется принять и оплатить Услуги Исполнителя.  
1.2. Под косметологическими услугами в рамках настоящего Договора подразумеваются все услуги, которые оказываются в Клинике косметологии Золотое Яблоко  
1.3. Исполнитель оказывает Услуги руками наемных сотрудников, имеющих высшее медицинское образование.

1.4. Заказчик дает согласие на использование персональных данных.  
**2. Права и обязанности Сторон**  
2.1. Исполнитель обязан:  
2.1.1. Организовать консультацию Заказчика, а в случае необходимости рекомендовать дополнительные консультации и обследования у специалистов определенного медицинского профиля.  
2.1.2. Предоставить Заказчику полную и достоверную информацию об оказываемых Услугах (процедурах), о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортных ощущениях, которые могут возникнуть в процессе оказания Услуги.  
2.1.3. Организовать и согласовать с Заказчиком рекомендуемый Исполнителем план процедур.  
2.1.4. Обеспечить качество оказываемой Услуги в соответствии с показаниями, использованием современных технологий и предоставлением высокого уровня обслуживания.  
2.1.5. Информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата процедуры.  
2.1.6. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное согласие на каждый вид (курс) оказываемых Услуг.  
2.1.7. После оплаты Услуг представить Заказчику кассовый чек на уплаченную за услуги сумму

2.2. Исполнитель вправе:  
2.2.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.  
2.2.2. Самостоятельно определять формы и методы оказания Услуг по настоящему Договору.  
2.2.3. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору при обнаружении противопоказаний до или в момент оказании Услуги.

2.2.4. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему договору в случае, когда действия Потребителя делают невозможным исполнение медицинской услуги в целом или надлежащего качества, а именно:

а) нарушение режима проводимых процедур;

б) нарушение диеты;

в) злоупотребление алкоголем, наркотическими средствами и т.п.

2.3. Заказчик обязан:  
2.3.1. Предоставить необходимую информацию для Исполнителя о состоянии своего здоровья или иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемой Исполнителем Услуги.  
2.3.2. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов проведенных процедур.  
2.3.3. Своевременно являться на процедуры, а в случае невозможности явки в назначенный срок предупредить Исполнителя не позднее, чем за 24 часа.  
2.3.4. Оплатить услуги Исполнителя в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.  
2.4. Заказчик вправе:  
2.4.1. Осуществлять контроль за ходом оказания Услуг, не вмешиваясь при этом в деятельность Исполнителя.  
2.4.2. Получать от Исполнителя консультации и разъяснения, связанные с оказанием Услуг

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически оказанных им Заказчику услуг на момент такого отказа.

**3. Стоимость услуг и порядок оплаты**  
3.1. Общая стоимость Услуг Исполнителя по настоящему Договору исчисляется согласно прайса, действующего на момент оказания услуги  
3.2. Оплата услуг Исполнителя осуществляется сразу после оказания услуги  
3.3. Оплата услуг Исполнителя осуществляется путем оплаты наличных денежных средств в кассу Исполнителя  
**4. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства**4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством КР  
4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Стороны не могли предвидеть или предотвратить.  
**5. Разрешение споров**  
5.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении условий настоящего Договора, Стороны будут стремиться разрешать путем переговоров.  
5.2. Споры, не урегулированные путем переговоров, разрешаются в судебном порядке, установленном действующим законодательством КР  
**6. Срок действия Договора. Порядок изменения и расторжения Договора**  
6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его обеими Сторонами и действует до момента исполнения Сторонами всех взятых на себя обязательств.  
6.2. Условия настоящего Договора могут быть изменены по взаимному согласию Сторон путем подписания письменного соглашения.  
**7. Конфиденциальность**  
7.1. Любая информация, передаваемая Сторонами друг другу в период действия настоящего Договора, разглашение которой может нанести убытки любой из Сторон, является конфиденциальной и не подлежит разглашению третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством КР  
**8. Заключительные положения**  
8.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон.  
8.2. Стороны обязуются письменно извещать друг друга о смене реквизитов, адресов и иных существенных изменениях.  
8.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.4. Ни одна из Сторон не вправе передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам без письменного согласия другой Стороны.  
8.5. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством КР.  
**9. Подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Заказчик |
| ОсОО «Золотое Яблоко»  ИНН  Адрес: г. Бишкек, ул. Насирдина Исанова 25а, 4 этаж  Тел +996507288788 | ФИО  Дата рождения:  Паспорт  Адрес  Тел |
| Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ильина А.С. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Информированное согласие на оказание услуги процедуры ЛАЗЕРНОЙ ЭПИЛЯЦИИ**

Я, клиент Клиники косметологии Золотое Яблоко (ОсОО «Золотое Яблоко) (законный представитель), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения,

проинформирован(а), что для эпиляции волос применятся метод лазерной эпиляции (тип аппарата – диодный лазер, длина волны 808 нм, мощность манипулы 600 Вт) .

Ожидаемый результат: после нескольких сеансов рост волос уменьшится. Это снижение является постепенным и накапливающимся.

Между сеансами лазерной эпиляции рост волос продолжается, но их будет меньше, они будут тоньше, светлее и будут расти медленнее.

Длительность курса зависит от зоны проведения процедуры и цвета волос. После прохождения полного курса в последующие 1,5-5 лет возможно образование новых волосяных луковиц.

Абсолютными **противопоказаниями** к процедуре являются:

* Активный туберкулез (не менее 1 года после курса терапии);
* Онкологические (раковые) заболевания;
* Кожные заболевания: псориаз, экзема, витилиго, атопический дерматит, аллергические дерматиты (аллегия на солнце, холодовая аллергия);
* Тяжелые, декомпенсированные заболевания внутренних органов;
* Металлические имплантанты в области применения лечения (зубные имплантанты, брекет-системы, кардиостимулятор, кохлеарный имплантант, протезы);
* Выраженные гормональные сбои: заболевания щитовидной железы, паращитовидной железы, надпочечников, половых желез, гипоталамо-гипофизарной системы, поджелудочной железы (сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа декомпенсированная)
* Заболевания, на ход которых может оказать влияние воздействие волн интенсивного (лазерного) света: системная красная волчанка, порфирия, эпилепсия, склеродермия и т.д.
* Хронические заболевания органов малого таза;
* Варикозное расширение вен 2 и более степеней.

Временными противопоказаниями к процедуре являются:

* Беременность и кормление грудью, планирование беременности, связанное с любыми видами стимулирования;
* Вирусные инфекционные заболевания: герпес в стадии обострения, ОРВИ;
* Воспалительные заболевания в стадии обострения: гайморит, тонзиллит, бронхит, фолликулит и др.;
* Обострение аллергических реакций;
* Прием лекарственных средств: антибиотики, витамин А, гормональные препараты (глюкокортикостероиды),препараты золота и другие препараты повышающие фоточувствительность;
* Свежий загар (менее двух недель до процедуры);
* Нарушение целостности кожных покровов в зоне обработки;
* Применение средства от пота DryDry, Driclor;
* Проведение поверхностного пилинга кожи менее чем за две недели до процедуры лазерной эпиляции.
* Период за неделю, во время и 3 дня после менструации

Я обязуюсь строго следовать всем рекомендациям, этапам подготовительного и последующего ухода за кожей и срокам, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, так как все это необходимо для качественного результата.

Возможные побочные эффекты: болевые ощущения во время процедуры; покраснение кожи (эритема) после процедуры не более 3 часов; пигментация (гипер- и гипо- пигментация); отечность; повреждение естественной текстуры кожи (ожоги)крайне редко; аллергические реакции; фолликулит; дерматиты

Побочные эффекты могут проявляться либо непосредственно в момент проведения обработки, либо спустя короткие промежутки времени. Несмотря на то, что такие эффекты являются и временными, о любых неблагоприятных реакциях следует немедленно сообщать врачу в течении суток.

Мне ясно, что предложенная услуга направлена на достижение эстетического результата. Я осознаю, что перспективы и результаты предложенной мне услуги лазерной эпиляции зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения рекомендаций по сохранению полученного результата, посещения профилактических осмотров. Я проинформирован(а), что результат от услуги лазерной эпиляции может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован. Я проинформирован(а), что исполнитель при оказании услуги качественно выполняет все клинические и технологические этапы проведения процедуры лазерной эпиляции. Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимой мне услуги, я обязан(а) поставить в известность специалиста эпиляции о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и прошлом. Я подтверждаю, что не имею выше перечисленных противопоказаний к процедуре. Все термины мне разъяснены и понятны. Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение услуг лазерной эпиляции.

Ознакомил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Клиент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

**Уважаемый клиент!**

Для достижения полного и длительного эффекта Вам необходимо строго следовать нижеуказанным рекомендациям.

**Подготовка к процедуре:**

* Минимум за месяц до процедуры прекратить любые виды эпиляции, связанные с удалением волос с корнем(например шугаринг, восковая эпиляция, использование пинцета, электроэпилятора).
* Удалить волосы с помощью бритвы за сутки до процедуры(при склонности к раздражению за 2-3 суток), кроме зон на лице, пояснице и животе
* Не проводить пилинги, скрабирование тела за 2 недели до процедуры; пилинги, сркабирование, чистки и прочие косметологические процедуры на лице – за 2 недели до процедуры
* Не осветлять волосы в зоне эпиляции за месяц до процедуры
* Не наносить спиртосодержащие средства на зону эпиляции за сутки до процедуры
* Не загорать за 2 недели до процедуры
* Не использовать средства от пота DryDry, Driclor(и прочие средства с повышенным содержание алюминия) за 2 недели до процедуры
* Не принимать антибиотики, витамин А, гормональные препараты (глюкокортикостероиды), препараты золота и другие препараты повышающие фоточувствительность – за две недели до процедуры или срок указанный в аннотации к препарату

**Уход после проведения процедуры:**

В течении первых 3 дней после процедуры:

* необходимо принимать меры, направленные на предотвращение травмирования обработанных участков
* в течение нескольких часов после процедуры теплой водой с мягким моющим средством смыть остатки контактного геля
* не принимать горячие ванны, сауны, бани
* не допускать чрезмерного трения, раздражения и потливости обработанной зоны
* не посещать бассейн с хлорированной водой, открытые водоемы
* не пользоваться бритвой и депиляционным кремом

В течении 7 дней после процедуры:

* не пользоваться скрабами
* не протирать обработанный участок спиртосодержащими средствами

В течении 14 дней после процедуры:

* не подвергать пилингу обработанную зону
* следует использовать крем с высоким солнцезащитным коэффициентом (не менее 25 SPF), который следует обновлять каждые 3 часа, и оберегать обработанный участок от воздействия солнечных лучей
* через 10-14 дней после процедуры можно применять скраб или жесткую мочалку для удаления выпадающих волос

В течение всего курса лазерной эпиляции:

* не использовать любые виды эпиляции, связанные с удалением волос с корнем(например шугаринг, восковая эпиляция, использование пинцета, электроэпилятора)

Ознакомил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обращаем Ваше внимание, что полное или частичное несоблюдение рекомендаций врача может повлечь ухудшение состояния Вашего здоровья или негативно сказаться на эстетическом результате от процедур.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение процедуры RF-лифтинга**

**г. Бишкек “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя – полностью)*

находясь на лечении в **ОсОО «Клиника косметологии Золотое Яблоко»,** по моему добровольному желанию прошу провести мне процедуру RF-лифтинга.

1. Мне разъяснены возможности данной методики.

1.1 Цель проведения процедуры: улучшение тонуса кожи, цвета, умеренный лифтинг, уменьшение выраженности морщин

2. Настоящим я поручаю специалистам Клиники косметологии Золотое Яблоко применять в отношении меня данную методику.

3. Мне сообщена, разъяснена Специалистом и понятна информация о сути процедур радиочастотного омоложения.

3.1 Радиочастотное омоложение – это курс процедур (не менее 4 - 6), направленных на омоложение кожи: улучшение тонуса, цвета, умеренный лифтинг, уменьшение выраженности морщин. Эффект достигается за счет преобразования энергии электромагнитной волны в тепловую энергию, которая вызывает интенсивное нагревание соединительной ткани и стимулирует ее уплотнение (лифтинг) и синтез нового коллагена. В результате этого кожа разглаживается и становится более упругой. Первичный результат лечения обычно заметен после 3-4 процедур. Максимально выраженный результат – через 3-4 месяца после окончания курса.

3.2 Показания к процедуре:

* Снижение тонуса кожи лица, шеи, области декольте и тела (внутренние поверхности бедер, плеч, живот, ягодицы, кисти рук).
* Птоз (опущение) мягких тканей лица без выраженного избытка кожи.
* Нарушение овала лица.
* Наличие морщин различной степени выраженности.

3.3 Противопоказания к процедуре:

* **Наличие водителей ритма!**
* Наличие постоянных имплантатов в зоне коррекции.
* Эпилепсия.
* Онкологические заболевания.
* Заболевания крови, связанные с нарушением ее свертываемости.
* Прием препаратов, влияющих на свертывание крови.
* Прием фотосенсибилизирующих препаратов.
* Прием Изотретиноина (препарат для лечения угревой болезни) менее чем за 1 месяц до процедуры.
* Фотодерматозы.
* Келоидная болезнь.
* Острые лихорадочные заболевания.
* Дерматозы и системные заболевания соединительной ткани.
* Беременность.

3.4 Ход процедуры:

Процедура проводится амбулаторно в косметологическом кабинете. Длительность процедуры составляет от 30 до 60 минут в зависимости от объема работы.

Во время процедуры на кожу наносится специальный гель (для уменьшения механического воздействия вакуума).

Процедура сопровождается ощущением жжения, выраженность которого зависит от болевого порога и выбранных параметров.

3.5 После проведения процедуры:

На коже наблюдаются реактивные изменения:

* Эритема (покраснение) и отек, могут держаться до нескольких часов.
* Пурпура (мельчайшие кровоизлияния) и синяки, могут держаться несколько дней.

3.6 Рекомендации:

* После процедуры для уменьшения выраженности кожной реакции рекомендуется прикладывать холод.
* В течение 5 дней после процедуры необходимо обрабатывать кожу кремом «Бепантен» 2 раза в день.
* В течение 3-х дней после процедуры ограничить водные процедуры.
* В течение 2-х дней ограничить применение декоративной косметики на обработанных участках.
* Для ускорения рассасывания гематом со 2-го дня, можно использовать мазь гомеопатическую с Арникой или Траумель.
* Запрещается загорать в течение 2-х недель после процедуры.
* Рекомендуется обязательно использование солнцезащитного крема с UV-фильтром (не менее 30) на открытых участках кожи в летний период.

3.7 Возможные осложнения:

* Пигментация.
* Депигментация.
* Аллергия на используемый гель.
* Присоединение вторичной инфекции.
* Атрофия кожи.

4. Я заявляю, что изложил(а) специалисту все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

5. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить со специалистом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к специалисту.

7. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение данной методики.

8. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами распорядка в ОсОО «Клиника косметологии Золотое Яблоко» и обязуюсь **соблюдать** их.

9. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне специалистом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Фамилия (полностью), И.О.**

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Фамилия (полностью), И.О.**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**Инъекции NEURUNOX**

**г. Бишкек “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя – полностью*)

находясь в клинике косметологии ЗОЛОТОЕ ЯБЛОКО (ОсОО «Золотое Яблоко»)**,** по моему добровольному желанию прошу провести мне данный вид процедур по устранению мимических морщин лица с помощью инъекций препарата **NEURONOX** в соответствующие мимические мышцы лица.

1. Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а также возможности данной методики.

2. Мне разъяснены и понятны действия, которые оказывает препарат на ткани:

2.2.1 Вызывает расслабление напряженных мышц, что приводит к разглаживанию мимических (складок) морщин лица.

2.2.2 Препарат начинает действовать на 2-5 день после введения, окончательный результат достигается к 14-м суткам.

2.2.3 В течение первых 2-5 суток после инъекции возможны боль и микрогематомы в местах инъекций.

2.2.4 Возможна общая аллергическая реакция за счет белковых компонентов в составе препарата.

2.2.5 Действие препарата сохраняется в течение 4-6 месяцев после инъекции, после чего возможна повторная инъекция.

2.2.6 Для профилактики образования антител к препарату интервал между повторными инъекциями должен превышать 3 месяца.

2.2.7 В срок до 1 месяца после инъекции могут наблюдаться проходящие побочные эффекты: умеренное чувство тяжести и нависания в лобной области и области верхнего века, отечность в нижней параорбитальной области (вокруг глаз).

3. Мне известны противопоказания:

Абсолютные:

- Миастения.

- Гемофилия.

- Беременность и лактация (сведения в литературе о применении препарата отсутствуют).

- Перенесенный ботулизм.

Относительные:

- Воспалительный процесс в месте инъекции.

- Прием антибиотиков, в побочных эффектах которых имеется указание на мышечную слабость; препаратов-блокаторов кальциевых каналов;

- Фаза менструального цикла

4. Мне известно, что по данным медицинской литературы:

1. отсутствие эффекта, связанное с генетическим отсутствием рецепторов к препарату, наблюдается менее чем в 0,01% случаев;

2. неадекватный, либо несимметричный эффект может наблюдаться даже в случае корректного введения и правильной дозы препарата, что в последующем корректируется косметологом или является транзиторным и определяется следующими факторами:

- колебанием активности препарата во флаконе 9 (до 10-15%);

- ассиметрией строения мышц;

- слабостью соединительной ткани;

- эндокринными и метаболическими нарушениями.

5. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах коррекции мощин и о преимуществах данного вида.

6. Я заявляю, что изложил(а) специалисту все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

7. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить со специалистом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с процедурой. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к специалисту.

8. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение данной методики лечения.

9. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами распорядка в Клинике косметологии Золотое Яблоко и обязуюсь **соблюдать** их.

10. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне специалистом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

11. Настоящим я поручаю специалистам Клиники косметологии Золотое Яблоко применять данную методику.

***Рекомендации:***

1. **После проведения процедуры рекомендуется сохранять вертикальное положение тела в течение 4-х часов.**
2. **В течение первых суток совершать активные мимические движения.**
3. **В течение первых суток не растирать и не разминать места инъекций.**
4. **В течение двух недель исключить разогревающие процедуры (ванны, горячий душ, баня, активные физические нагрузки).**
5. **В течение первых трех суток исключить алкоголь.**
6. **В течение 1 месяца исключить витамины группы В.**
7. **В течение 2 недель без показаний не принимать препараты, указанные в п.3.**

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение процедуры ультразвуковой кавитации**

**г. Бишкек “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя – полностью)*

находясь на процедурах в **Клинике косметологии «Золотое Яблоко»(ОсОО «Золотое Яблоко»)** по моему добровольному желанию прошу провести мне данный вид процедур.

1. Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а также возможности данной методики.

2. Настоящим я поручаю специалистам клиники Золотое Яблоко применять в отношении меня данную методику лечения.

3. Мне известно, что метод низкочастотной ультразвуковой терапии обладает выраженным противоотечным, разрыхляющим и деполимеризирующим действием, улучшает сосудистую и эпителиальную проницаемость, способен вызывать кавитацию, то есть действовать разрушительным образом на жировые клетки.

4. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду процедурах и о преимуществах данного вида.

5. Мне известны противопоказания к процедуре:

5.1 Любые заболевания, сопровождающиеся повышенной температурой.

5.2 Воспалительные и невоспалительные заболевания кожи в обрабатываемой зоне.

5.3 Хронические заболевания (гипертоническая болезнь III стадии, варикозная болезнь III стадии, флебиты, остеопороз, болезни щитовидной железы).

5.4 Злокачественные новообразования.

5.5 Беременность.

5.6 Возраст до 18 лет

6. Мне известны возможные осложнения:

6.1 Гематомы

6.2 Цирозы, гепатиты, нефриты

6.3 Усугубление атеросклероза

6.4 Острая почечная недостаточность

7. Я заявляю, что изложил(а) специалист все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

8. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить со специалистом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с процедурой. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к специалисту.

9. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение данной процедуры.

10. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами распорядка в клинике Золотое Яблоко и обязуюсь **соблюдать** их.

11. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне специалистом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Фамилия (полностью), И.О.**

**Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Фамилия (полностью), И.О.**

**Информированное согласие на процедуру удаления татуировки и перманентного макияжа. Карбоновый пилинг и пикосекундный лазер.**

Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осведомлен(а) о том, что для удаления татуировки и или перманентного макияжа потребуется

от 2 до 10 и более процедур. Количество процедур, необходимых в каждом конкретном случае, невозможно определить при первичном просмотре.

Я даю согласие на фотографирования меня до и после проведения процедуры с целью дальнейшего наблюдения.

Я осведомлен(а), что существуют татуировки, которые не удаляются или не полностью удаляются лазером, но я согласен(а) на первую пробную процедуру за плату, указанную в прейскуранте.

Я предупрежден(а), что пигмент из кожи удаляется послойно, поэтому после первой и, иногда, после второй процедуры татуировка может выглядеть ярче, чем до удаления.

Я предупрежден(а) о том, что повторная процедура выполняется после заживления, через 1-2 недели. Все повторные процедуры проводятся за дополнительную плату, указанную в прейскуранте.

Я предупрежден(а) о том, что если в местах существующего татуажа имеются шрамы, сделанные в момент его нанесения, после удаления пигмента шрамы останутся на тех же местах.

Я осведомлен(а) о том, что после проведения процедуры может появиться отечность и покраснение в местах удаления пигмента.

Я предупрежден(а), что после окончательного удаления татуировки в метах удаления образуется гемосидерин (естественный пигмент коричневато-серого цвета), который рассасывается в течении 4-6 месяцев, и кожа приобретает естественный вид.

**Противопоказания:**

-Хронические соматические патологии в стадии обострения;

-Заболевания крови (лейкемия, лейкопения, анемия, гемофилия, тромбоцитопения);

-Вирусные болезни;

-Доброкачественные и злокачественные опухоли;

-Беременность и лактация;

-Склонность кожи к образованию келлоидных рубцов

-Кожные заболевания в стадии обострения

-Витилиго

-Аутоимунные заболевания(системная красная волчанка, склеродермия и др.)

-Прием фотосенсибилизирующих препаратов (антибиотики, производные ретинола, препараты золота, стероиды)

-Сахарный диабет

-Почечная, печеночная недостаточность

Со мной были обсуждены все правила ухода за кожей после процедуры. Я понимаю, что несоблюдение этих правил влечет за собой осложнения в виде инфицирования кожи, увеличения времени заживления и образования рубца.

**Рекомендации после проведения процедур удаления татуировки и перманентного макияжа:**

1.Первые 1-2-3 дня, пока есть отек, -1%гидрокортизоновая мазь или синафлан 2-3 раз в день;

2. Бепантен крем -2 раза в день, 7-14 дней;

3. С 6-го дня гепариновая мазь в течении 1 месяца 1 раз в день на ночь.

4. Наносить крем с SPF50 на открытые участки во время всего курса процедур

**Не рекомендуется после процедуры**

1. Мочить обработанный участок кожи в течение суток

2. Посещять баню, сауну, бассейн в течение 2х недель

3. Принимать горячий душ, ванну в течение суток

4. В течении 2 недель посещать солярий и загорать

5. Активную физическую нагрузку в течение 5 дней

Получив полные и всесторонние разъяснения, исчерпывающие ответы на заданные вопросы, добровольно даю согласие на проведение мне процедуры удаления татуажа лазером.

**Подпись клиента**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись специалиста**\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение мезотерапии**

**г. Бишкек “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя – полностью)*

находясь в **ОсОО «Золотое Яблоко»,** по моему добровольному желанию прошу провести мне данный вид процедур.

1. Мне разъяснены противопоказания к процедуре и механизм действия

2. Настоящим я поручаю специалистам клиники косметологии Золотое Яблоко применять на мне данную методику.

3. Мне известно, что:

3.1 Процедура сопровождается болевыми ощущениями, степень выраженности которых зависит от препаратов, используемых в коктейле и от индивидуальной чувствительности пациента.

3.2 В течение нескольких дней после введения могут наблюдаться небольшие (точечные) кровоподтеки в местах инъекций и исчезают 3-4 дня на фоне применения мази Траумель-С, геля с арникой или топических препаратов с витамином К.

3.3 Постинъекционная эритема (покраснение) проходит, в среднем, через час-два после процедуры; локальная болезненность, отечность, видимые папулы в местах инъекций регрессируют (исчезают) в течение 1-3 суток;

3.4 Препарат вводится по одной из терапевтических программ в зависимости от возраста пациента и решаемых задач.

3.5 Риск развития острых или отсроченных аллергических реакций на введение препарата минимален.

4. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида.

5. Я заявляю, что изложил(а) специалисту все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

6. Мне известны рекомендации:

6.1 Не наносить макияж в день проведения процедуры.

6.2 Первые 6 часов после инъекции не прикасаться, не растирать и не разминать места введения препарата.

6.3 Избегать до момента заживления мест вколов перегревания (солярий, баня, сауна, горячий душ и т.п.) и переохлаждения (криопроцедуры, пребывание на морозе).

6.4 Не проводить в течении всего периода действия препарата лимфодренажных аппаратных процедур.

7. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с специалистом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к специалисту.

8. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение данной методики.

9. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами распорядка в ОсОО «Золотое Яблоко» и обязуюсь **соблюдать** их.

10. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Специалистом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

**Подпись клиента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПИЛИНГОВ**  
  
Я (ФИО), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий (ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю свое согласие на проведение пилингов в косметических целях специалистами Клиники косметологии Золотое Яблоко(ОсОО «Золотое Яблоко»)   
Я подробно проинформировал(а) специалиста об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня в течение жизни, хронической сопутствующей патологии.  
  
Я сообщил(а) достоверные сведения о моих вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною операционных и анестезиологических вмешательствах.  
  
Я осведомлен(а) о процедуре и показаниях для проведения пилингов.  
  
**Показания к проведению пилинга:**  
Снижение тонуса кожи и эластичности, Фотостарение (II – IV степень по Глогау), Глубокие морщины и складки, Расширенные поры, Поверхностные рубцы, Увядающая кожа, Себорейный кератоз, Гиперкератоз на лице и кистях рук, Лентиго,Мелкие бородавки, Милиумы, Липазмы, Гиперпигментация, Веснушки

Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях пилингов, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отека Квинке, обморока, коллапса).  
  
**Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для пилинга:**  
гиперчувствительность к препарату  
инфекционные процессы  
беременность  
нарушение целостности покровов  
гормональная контрацепция  
хлоазмы во время беременности  
патомимия  
прием Роаккутана (отмена не менее чем за 2 мес. до процедуры)  
акне пустулезная фаза  
фотосинсибилизаторы (АБ тетрациклинового ряда и др.)  
перенесенные ранее дерматиты, таких как псориаз, атопический дерматит  
нарушение рубцевания кожи, келоиды, атрофическая кожа, а также использование изотретиноина в течение последних 6 мес.  
**Специалист предупредил меня, и я осознаю, что как во время, так и после проведенной процедуры возможно возникновение осложнений:**  
-изменение пигментации: поствоспалительная гиперпигментация или гипопигментация  
-инфекция: бактериальная, стафилококковая, стрептококковая, псевдомонадная  
-вирусные (простой герпес), грибковые (рода Candida)  
-рубцевание - редкое осложнение после пилинга  
-аллергические реакции  
-акнеподобная сыпь  
-появление демаркационной линии (выраженные границы между областью нанесения -химического реагента и необработанной кожей)  
-длительная эритема (не проходящая в течение 3-х недель) и которая требует --дополнительного лечения кортикостероидами (больше 2-х недель)  
-токсичность – редкое осложнение, которое наблюдается у пациентов

**Я обязуюсь соблюдать и выполнять все рекомендации специалиста до и после процедуры, такие как:**  
Сутки не умываться  
Использование постпилингового крема через сутки после процедуры  
Не рекомендуется пользоваться макияжем в течение 4-5 суток после процедуры  
Избегать пребывания на солнце, воздействия ультрафиолетовых лучей и температур ниже нуля градусов по Цельсию  
Я согласен(а) на проведение фотосъемки до, после и в ходе процедуры. У меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.  
  
**Подпись клиента**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.  
  
**Подпись специалиста**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**ЛАЗЕРНАЯ ЭПИЛЯЦИЯ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю согласие на проведение процедуры, подтверждаю, что на момент проведения процедуры не имею перечисленных в информированном согласии абсолютных и временных противопоказаний, с подготовкой к процедуре и с последующим уходом ознакомлен(а).

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Клиент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДАТА ПРОЦЕДУРЫ** | **ЗОНА ОБРАБОТКИ** | **ФОТОТИП** | **ЦВЕТ ВОЛОС** | **ПРОЧИЕ НАСТРОЙКИ** | **СТОИМОСТЬ** | **% ОВОЛ.**  **ДО** | **% ОВОЛ**  **ПОСЛЕ** | **СПЕЦИАЛИСТ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ДАТА ПРОЦЕДУРЫ** | **ЗОНА ОБРАБОТКИ** | **ФОТОТИП** | **ЦВЕТ ВОЛОС** | **ПРОЧИЕ НАСТРОЙКИ** | **СТОИМОСТЬ** | **% ОВОЛ**  **ДО** | **% ОВОЛ**  **ПОСЛЕ** | **СПЕЦИАЛИСТ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ДАТА ПРОЦЕДУРЫ** | **ЗОНА ОБРАБОТКИ** | **ФОТОТИП** | **ЦВЕТ ВОЛОС** | **ПРОЧИЕ НАСТРОЙКИ** | **СТОИМОСТЬ** | **% ОВОЛ**  **ДО** | **% ОВОЛ**  **ПОСЛЕ** | **СПЕЦИАЛИСТ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**КОСМЕТОЛОГИЯ**

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА КЛИЕНТА

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата посещения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Род деятельности (учеба/работа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Электронная почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индивидуальные особенности клиента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИСТОРИЯ КЛИЕНТА**

|  |
| --- |
| Обращался ли ранее к косметологу?  (проведенные ранее процедуры) |
| Совместное определение проблем на коже клиента:  (причины обращения к специалисту) |
| Домашний уход за кожей лица на момент первого посещения:  (чем, как, частота применения, комфорт в использовании) |

**АНАМНЕЗ**

|  |  |
| --- | --- |
| Хронические заболевания  (в том числе сахарный диабет) |  |
| Состояние гормонального фона |  |
| Беременность, лактация |  |
| Кожные заболевания |  |
| Склонность к образованию рубцов |  |
| Прием медикаментов, витаминов, БАД, контрацептивов |  |
| Питание  (диеты, ограничения, питьевой режим) |  |
| Занятия спортом |  |
| Вредные привычки |  |
| Аллергологический анамнез (реакции на бытовую химию, продукты питания, медикаменты, пыльцу растений, косметику или др.) В какой форме? |  |
| Примечания и дополнения |  |

|  |  |
| --- | --- |
| НАЛИЧИЕ (с указанием локализации и выраженности) | ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЙ НА ЛИЦЕ |
| Рубцов | G:\27323915-young-woman-face.jpg |
| Застойных пятен |
| Инфильтратов |
| Родинок |
| Пигментация |
| Воспалительных элементов |
| Комедонов |
| Купероза, телеангиэктазии |

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

|  |
| --- |
| Состояние кожи клиента: |
| Дополнительные признаки:  (гиперпигментация, купероз, гирсутизм, воспалительные элементы, рубцы, застойные пятна) |
| Возрастные изменения:  (морщины, складки, овал лица) |

**ГРАФИК ПОСЕЩЕНИЙ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДАТА | НАЗВАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ | КОММЕНТАРИИ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ДОМАШНИЙ УХОД**

|  |  |
| --- | --- |
| ДАТА | Название препаратов |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| НАЛИЧИЕ (с указанием локализации и выраженности) | ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЙ НА ЛИЦЕ |
| Рубцов | G:\27323915-young-woman-face.jpg |
| Застойных пятен |
| Инфильтратов |
| Родинок |
| Пигментация |
| Воспалительных элементов |
| Комедонов |
| Купероза, телеангиэктазии |
| НАЛИЧИЕ (с указанием локализации и выраженности) | ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЙ НА ЛИЦЕ |
| Рубцов | G:\27323915-young-woman-face.jpg |
| Застойных пятен |
| Инфильтратов |
| Родинок |
| Пигментация |
| Воспалительных элементов |
| Комедонов |
| Купероза, телеангиэктазии |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **АЛЛЕРГОЛОЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ОБЪЕКТИВНО:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |