ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

«НАРАЩИВАНИЯ РЕСНИЦ И ОФОРМЛЕНИЕ БРОВЕЙ».

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_ г. рождения.

В соответствии с Федеральным законом п 323-фз от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ознакомлен(а) с техническими особенностями процедурфы наращивания ресниц и даю свое согласие на их проведение.

1. Ознакомлена с техническими особенностями процедуры и даю согласие на выполнение мне услуги наращивание ресниц/снятие наращенных ресниц (по требованию)

2. Я подтверждаю, что несу полную ответственность за свое здоровье и принятое решение. Поставила в известность Мастера обо всех проблемах с моим здоровьем.

3.Подтверждаю, что у меня нет и не было непереносимости материалов или проявляющихся аллергических реакциях.

4.. Я осведомлена о возможных побочных реакциях и осложнениях вызванной индивидуальным особенностями организма, к ним относятся: **аллергическая реакция жжение, воспаление, раздражение, покраснение.**

5. Я понимаю, что после процедуры может возникнуть покраснение сохраняющиеся до 24 часов, связанное с чувствительностью.

6. Я внимательно ознакомлена с данным Документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Мне была предоставлена возможность задать все вопросы о предстоящих процедурах.

7. Я снимаю с мастера ответственность за состояние своего здоровья и даю добровольное согласие на проведение процедуры по наращиванию ресниц, снятию наращенных ресниц. (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Противопоказания** | | |
| Имеются ли у Вас следующие противопоказания: | **Да** | **Нет** |
| Беременность |  |  |
| Период лактации |  |  |
| Конъюктивит |  |  |
| Ячмень |  |  |
| ОРЗ/ОРВИ, грипп или другие простудно-вирусные инфекции |  |  |
| Синдром сухого глаза |  |  |
| Период приема антибиотиков, гормональных препаратов, местных анестетиков |  |  |

Я проинформирован(а), что мастер вправе отказать в услуге при наличии одного из вышеперечисленного в целях сохранения моего здоровья. **Я даю добровольное согласие на проведение процедуры нарашивания ресниц и осведомлена , что наращивание выполняется готовыми пучками**

**Я подтверждаю, что меня полностью информировали о возможных рисках, связанных с проведением процедуры, которые я беру на себя, обязуюсь при первых симптомах сразу обратиться за медицинской помощью.**

Все медицинские термины мне разъяснены и понятны.Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение услуг (в том числе на регулярной основе).Даю согласие на обработку моих персональных данных.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись \_\_\_\_\_\_