

Декларация

за информирано съгласие за провеждане на РЧ терапия за лифтинг/стягане на кожа/контуриране

Долуподписаната/ият:

Г-жа/г-н*, нататък наричан "терапевт"

и

Г-жа/г-н*, нататък наричан "пациент"

*/*зачертайте ненужното/*

с постоянен адрес:,

моб. тел.:; e-mail:

Се съгласиха за следното по време на разговора, състоял се на:

Ако НЕ желаете да получавате информационен бюлетин чрез e-mail или телефонен номер

отбележете с **X** в квадратчето

Терапевтът е дал подробна информация на пациента по въпроса дали тя/той са подходящи кандидати за РЧ терапия за лифтинг/стягане на кожа/контуриране с апарат VENUS LEGACY, както и за очакваните резултати. Подробностите на терапията са обяснени с достъпни и разбираеми термини. Обсъдени са предимствата и възможните недостатъци, свързани с тази терапия.

Пациентът е запознат с процедурата, както и с последващите грижи. Терапевтът е обяснил техниката, използвана за РЧ терапия за лифтинг/стягане на кожа/контуриране с апарат VENUS LEGACY. Пациентът приема да следва дадените инструкции.

Терапевтът е информирал пациента за възможните рискове и дискомфорт, за възможните **странични ефекти**, а именно:

- Зачервявания
- Синини, обикновено бързо преминаващи
- Изгаряне 1ва степен (в изключително редки случаи)

Пациентът декларира, че е запознат с всички **противопоказания** на терапията:

- При зони с разширени вени, спукани капиляри;
- Розацея;
- Тежка хипертония, хиперлипидермия, диабет, проблеми на кръвообращението и кръвоносните съдове, както и на лимфните възли;
- Бременни или кърмещи жени;
- При наличие на медицински метални протези или пейсмейкър в тялото на пациента, спирала;
- Активни алергии на кожата, изгаряния по нейната повърхност, при наличието на отворени или незараснали пресни рани;
- Не се препоръчва по време на месечен цикъл;
- Не се препоръчва по време на настинка или грип;
- Не се препоръчва по време на инфекциозни процеси в действие.

Пациентът декларира, че трябва на информира терапевта за:

- прием на медикаменти
- алергии
- настъпила бременност
- болести

Пациентът декларира, че е запознат и ще следва стриктно **инструкциите за преди, по време на и след процедурата:**

- ❖ Не пропускайте да информирате терапевта си за медицинската си история, особено информация свързана с алергии и заболявания.
- ❖ Информирайте терапевта си за други процедури, на които сте се подлагали или предстоят скоро
- ❖ При поява на някой от страничните ефекти, описани по-горе се препоръчва посещение при терапевта Ви

Терапевтът ще води лично досие на пациента, в което ще се съдържа цялата информация относно провеждането на процедурата/те. Могат да бъдат направени снимки преди терапията за преценка на резултата.

Пациентът декларира, че е предоставил възможно най-пълна и достоверна информация за здравословното си състояние. Пациентът има право да задава въпроси и да получи задоволителни отговори.

С това, **пациентът** дава разрешение на терапевта да извърши процедурата.

Пациентът декларира съгласието си личните му данни, да бъдат обработвани и съхранявани от страна на „Туристическа компания“ ЕООД, ЕИК 104612914, град Варна, ул. „Генерал Колев“ 12, толкова време, колкото е нужно или разрешено във връзка с целите, за които са събрани.

Пациентът декларира и потвърждава, че предоставянето на личните му данни е доброволно, както и че е запознат/а с правата си по ЗЗЛД и (РЕГЛАМЕНТ (ЕС) 2016/679 НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И НА СЪВЕТА от 27 април 2017 година – GDPR) и дава изрично и безусловно съгласие предоставените лични данни да бъдат събирани и обработени за целите за които са събрани, при спазване изискванията на действащото законодателство на Република България.

Вие можете по всяко време да оттеглите съгласието си за обработка чрез искане в свободен текст, който да изпратите на имейл адрес: office@seaside.bg

Пациентът е разбрал правилно информацията за РЧ терапия за лифтинг/стягане на кожа/контуриране с апарат VENUS LEGACY, както и съветите за последващи грижи.

Пациентът и **Терапевтът** заедно прочетоха и подписаха тази **декларация за съгласие**:

Място:

Дата:

Подпис **терапевт**:

Подпис **пациент**

