

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

**Съгласен съм процедурата да ми бъде проведена с ФИЛЪР ЗА КОСА DR. CYJ
с козметична цел от Доктор (трите имена):**

Формулата на Филъра за коса DR. CYJ е уникална комбинация от неживотинска хиалуронова киселина 0.7% и патентован пептиден комплекс за възстановяване и заздравяване на косата. Прилага се за третиране на алопеция с различен произход; при изтъняване на косата при мъже и жени; при пациенти след трансплантиране на коса, с цел повишаване ефективността на процедурата; при пациенти с алопеция, които желаят да постигнат синергичен ефект с други терапии, възстановяващи или стимулиращи растежа на косата.

Базисният протокол от процедури се състои в извършване на 4 процедури през 2 седмици.

Докторът ме информира за индикациите и протичането на процедурата. Получих задоволителни отговори на всичките ми въпроси.

Бях информиран за възможни нежелани реакции: **зачеряване, подуване, оток, сърбеж, посиняване или лека болка, които обикновено изчезват до 72 часа.**

Наясно съм със следните противопоказания за провеждане на процедурата:

1. Остри възпалителни лезии (акне, херпес) или симптоми на хронични кожни заболявания, в зоната, където ще бъде извършена процедурата.
2. Непоносимост към някоя от съставките на продукта.
3. Свръхчувствителност към хиалуроновата киселина.
- 4.Автоименно заболяване с имуносупресираща терапия, както и обостряне на соматично заболяване.
5. Бременност или кърмене.
6. Висока температура, треска.
7. Антикоагуланти, системни ретиноиди.
8. Не се препоръчва да се използва при деца или лица под 18 години.

Информирах доктора си за алергични реакции или нетolerантност към медикаменти, храна или други субстанции, както и за травми и заболявания, така и съпътстващи хронични патологии.

Съгласен съм да бъдат използвани обезболяващи медикаменти: **Да** **Не**

Съгласен съм да следвам препоръките на доктора преди и след провеждане на процедурата.

Пациент:

Дата:

Подпись:

Доктор:

Дата:

Подпись: