

.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....
(Numer PESEL lub data urodzenia)

.....
(Numer tel. kom.)

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEGI Z ZAKRESU MEDYCyny PLASTYCZNO-ESTETYCZNEJ

.....
(Rodzaj planowanego zabiegu)

1. Wyszczuplanie policzków, redukcja poduszek tłuszczowych Bichata
2. Wyszczuplanie konturów twarzy, liposukcja podbródka i kątów żuchwy
3. Plastyka szyi (platyzmoplastyka, plastyka mięśnia dwubrzuścowego)
4. Podciągnięcie obwisłości policzków, nici liftingujące BARB 4D
5. Modelowanie brody, implanty anatomiczne bródki
6. Modelowanie ust, wolumetria twarzy, piersi, dłoni, kwas hialuronowy
7. Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling, lipotransfer
8. Osocze PRP, fibryna bogatopłytkowa i-PRF
9. Mezoterapia, mikroigłowa RF, Cellular Matrix
10. Botox - zmarszczki mimiczne, nadpotliwość, bruksizm
11. Elektrostymulacja mięśni, redukcja tłuszczu, rehabilitacja Compex
12. Usuwanie makijażu permanentnego, melazmy, plamek, tatuaży
13. Usuwanie pajączków naczyniowych, erytrozy, trądziku różowatego
14. Laserowe nieablacyjne odmładzanie, poprawa kolorytu, napięcia i gęstości skóry
15. HIFU - głęboki lifting, zagęszczanie wiotkiej skóry twarzy, szyi, dekoltu
16. Resurfacing, nowa skóra, usuwanie blizn, narośli, włókniaków laserem ablacyjnym
17. Peeling medyczny, chemiczny skóry
18. Kroplówki, wlewy dożylny, witaminowe iV, dożylna terapia żywieniowa

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że zostałam(em) w sposób dla mnie zrozumiały poinformowana(y) o:

- możliwych działaniach niepożądanych oraz powikłaniach związanych z w/w zabiegiem,
- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- minimalnej ilości zabiegów, której przeprowadzenie jest niezbędne do uzyskania planowanych efektów,
- o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

..... podpis

Jestem świadoma(y), że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku i zależne od wielu czynników m.in. od stanu mojego zdrowia, wieku, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki i zastosowane metody leczenia.

..... podpis

(odwróć stronę)

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zadawano mi w trakcie wywiadu odnośnie: mojego stanu zdrowia, istnienie/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, stosowanych środków i sposobów higieny. Informacja przekazałam(em) w sposób rzetelny.

..... podpis

Jestem świadoma(y), że wystąpienie typowych negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowana(y) przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do występowania z roszczeniami, gdyż udzielając pełnej informacji na pytania, które zadawano mi w trakcie wywiadu, a także uzyskując pełną i przekazaną w sposób dla mnie zrozumiałą informację dotyczącą zabiegu i jego skutków niepożądanych oraz będąc w stanie swobodnie podjąć decyzję sam(a) przyjąłam(em) na siebie takie ryzyko. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.

..... podpis

Oświadczam, że miałam(em) możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń po zabiegowych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący.

..... podpis

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w pełni wystarczający.

..... podpis

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym, w tym z przekazaną mi w formie pisemnej informacją dotyczącą planowanego zabiegu, stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

..... data i czytelny podpis
Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone ryzykiem komplikacji, w tym zgonu włącznie.

..... data i czytelny podpis

Podpis i pieczęć lekarza wykonującego zabieg: