



.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

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

.....
(Numer tel. kom., adres e-mai)

ŚWIADOMA ZGODA OGÓLNA PACJENTKI / PACJENTA NA ZABIEGI Z ZAKRESU:

- CHIRURGIA KOSMETYCZNA.
- MEDYCYNA ESTETYCZNA.
- LASEROTERAPIA ESTETYCZNA.
- MEDYCYNA REGENERACYJNA.

* Proszę zaznaczyć krzyżykiem w polu wyboru zabieg / zabiegi, na wykonanie których wyrażana jest zgoda.

MEDYCYNA ESTETYCZNA

- 1. Biostymulatory. Biostymulatory kolagenu, kwas poli-L-mlekowy (PLLA).
- 2. Biostymulatory. Biostymulatory tkankowe, molekula młodości (typu Profilllo)
- 3. Botox - toksyna botulinowa - mięśnie mimiczne.
- 4. Botox - toksyna botulinowa - migreny.
- 5. Botox - toksyna botulinowa - nadpotliwość.
- 6. Botox - toksyna botulinowa - bruksizm.
- 7. Botox - kwas hialuronowy, korekcja zmarszczek dolnej części twarzy. Soft-lift.
- 8. Fibryna bogatopłytkowa i-PRF, leczenie skóry owłosionej głowy.
- 9. Fibryna bogatopłytkowa i-PRF, leczenie skóry twarzy, szyi, dekoltu.
- 10. Fibryna bogatopłytkowa i-PRF, lecznicze ostrzykiwanie łechtaczki (O-shot).
- 11. Fibryna bogatopłytkowa i-PRF, lecznicze ostrzykiwanie zmian chorobowych.
- 12. Lifting niechirurgiczny skóry twarzy, Nici PDO i PCL, metoda Aptos.
- 13. Lifting niechirurgiczny skóry szyi, Nici PDO i PCL, metoda Aptos.
- 14. Lifting niechirurgiczny brwi, efekt „foxy eyes”. Nici PCL, metoda Aptos.
- 15. Rhinoplastyka. Niechirurgiczna korekta kształtu nosa. Nici PCL, metoda Aptos.
- 16. Peeling medyczny, chemiczny, głęboki, Dermamelan usuwa przebarwienia.
- 17. Peeling medyczny, chemiczny, głęboki, kwas TCA resurfacing skóry.
- 18. Usta. Regeneracja ust. Fibryna bogatopłytkowa i-PRF.
- 19. Usta. Wolumetria ust. Kwas hialuronowy.
- 20. Wolumetria twarzy, modelowanie kwasem hialuronowym.
- 21. Wolumetria twarzy, wypełnianie twarzy własną tkanką tłuszczową.
- 22. Wolumetria dłoni, wypełnianie grzbietów dłoni kwasem hialuronowym.
- 23. Wolumetria dłoni, wypełnianie grzbietów dłoni własną tkanką tłuszczową.

MEDYCYNA REGENERACYJNA

- 1. Elektrostymulacja mięśni, redukcja tłuszczu, rehabilitacja Compex.
- 2. Kroplówki, wlewy dożylny, witaminowe iV, dożylna terapia żywieniowa.
- 3. Terapia uciążliwego bólu kręgosłupa i stawów. Fibryna bogatopłytkowa i-PRF.



Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Medycyna estetyczna
- * Chirurgia kosmetyczna
- * Laseroterapia estetyczna
- * Medycyna regeneracyjna

CHIRURGIA KOSMETYCZNA

- 1. Bichatectomia, redukcja poduszek tłuszczowych Bichata.
- 2. Blefaroplastyka, plastyka powiek górnych.
- 3. Blefaroplastyka, plastyka powiek dolnych.
- 4. Blefaroplastyka powiek górnych i dolnych.
- 5. Genioplastyka, implanty anatomiczne bródki.
- 6. Liposukcja podbródka i kątów żuchwy.
- 7. Liposukcja bioder (bryczesy).
- 8. Liposukcja boczaków.
- 9. Liposukcja brzucha.
- 10. Liposukcja klatki piersiowej.
- 11. Liposukcja kolan.
- 12. Liposukcja łydek.
- 13. Liposukcja pleców.
- 14. Liposukcja ramion.
- 15. Liposukcja ud.
- 16. Modelowanie pośladków (kwas hialuronowy)(lipo-transfer).
- 17. Naturalne powiększanie piersi (kwas hialuronowy)(lipo-transfer).
- 18. Plastyka szyi, platyzmoplastyka, plastyka mięśnia dwubrzuścowego.
- 19. Plastyka fałdów wiotkiej skóry, ambulatoryjny zabieg chirurgiczny.
- 20. Rekonstrukcja rozerwanego płatka ucha, ambulatoryjny zabieg chirurgiczny.

LASEROTERAPIA ESTETYCZNA

- 1. Laserowe ujędrnianie skóry. (laser pikosekundowy - kolagenogeneza).
- 2. Laserowe rozjaśnianie i oczyszczanie skóry (laser pikosekundowy - koloryt).
- 3. Laserowe usuwanie makijażu permanentnego (laser pikosekundowy).
- 4. Laserowe usuwanie przebarwień (laser pikosekundowy - odplamianie).
- 5. Laserowe usuwanie tatuaży (laser pikosekundowy).
- 6. Laserowe usuwanie trądziku różowatego, drobnych naczynek (laser diodowy).
- 7. Laserowe wycinanie defektów skórnych (laser ablacyjny eCO2).
- 8. Laserowy resurfacing blizn, keloidów (laser ablacyjny eCO2).
- 9. Laserowy resurfacing warstw skóry (laser ablacyjny eCO2).
- 10. Resurfacing, dermabrazja powiek górnych lub dolnych (laser ablacyjny eCO2).
- 11. Trądzik. laserowe leczenie aktywnego trądziku (laser ablacyjny eCO2).
- 12. Ultradźwięki HIFU - głęboki lifting skóry twarzy, szyi, dekoltu.
- 13. Laserowa epilacja laserem epilacyjnym 3D 808+.

Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Medycyna estetyczna
- * Chirurgia kosmetyczna
- * Laseroterapia estetyczna
- * Medycyna regeneracyjna

Świadoma zgoda ogólna Pacjentki / Pacjenta na zabiegi:

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

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 zrozumiały 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

Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Medycyna estetyczna
- * Chirurgia kosmetyczna
- * Laseroterapia estetyczna
- * Medycyna regeneracyjna

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:

.....

* podstawę prawną odbierania od pacjentów pisemnej zgody na zabieg stanowi art. 34 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U.2015, poz. 464 z późn zm.) oraz art. 18 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2016, poz. 186).

