

Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu kwasem hialuronowym

Imię i nazwisko pacjenta:
Data urodzenia:
Adres: Telefon kontaktowy:
Adres mailowy:

Informacje o zabiegu:

Zabieg z użyciem wypełniaczy zawierających kwas hialuronowy jest oparty na podaniu substancji metodą iniekcyjną w celu korekcji zmarszczek, bruzd, powiększenia ust, kształtowania konturów i owalu twarzy oraz zapewnienia długotrwałej rewitalizacji skóry twarzy, szyi, dekoltu i dłoni. Lekarz wraz z pacjentem planuje przed zabiegiem, jakie okolice zostaną poddane zabiegowi, jakimi preparatami i w jakiej ilości. Rezultat zabiegu oraz czas utrzymywania się efektu nie jest identyczny u każdej osoby - jest uzależniony od indywidualnych predyspozycji pacjenta oraz rodzajów produktów, ich ilości, okolicy i metody podania. Zabieg powinien być przeprowadzony przez uprawnionego lekarza. Zabieg będzie wykonany w okolicach przy pomocy produktu (wpisuje pacjent):

.....
.....

Oświadczam, że zostałam wyczerpująco i jasno poinformowana o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, w szczególności: przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych lub trombolitycznych, zaburzenia krwawienia, choroby autoimmunologiczne, alergia na zastosowaną substancję, ciąża, karmienie piersią
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu
- pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatów/produktów leczniczych, które zostaną użyte do wykonania zabiegu
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu oraz możliwym czasie utrzymywania się rezultatu
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu oraz czasie, kiedy kolejny zabieg powinien być przeprowadzony
- występujących następstwach i powikłaniach po zabiegu m.in.: obrzęk, zasinienie, odbarwienia, rumień, infekcje, reakcje zapalne, niedokrwienie/martwica, rozrost tkanki, ból/tkliwość, guzki/grudki, reakcje nadwrażliwości, stwardnienie, objawy neurologiczne, takie jak parestezja, świąd, ropień, trądzik, obrzęk naczyńioruchowy, atrofia/bliznowacenie, pęcherze, zmiany naczyniowe takie jak teleangiektazje, zapalenie skóry, przemieszczenie implantu, przetoka, ziarniniak, wysypka, reaktywacja zakażenia opryszczkowego, pokrzywka, zaburzenia widzenia
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu. Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu zabiegu.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie: mojego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii, trwającej terapii chorób przewlekłych, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów.

Oświadczam, że zatajenie którejkolwiek z wymienionych informacji traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała. Jestem świadoma, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam poinformowana przez lekarza przed wykonaniem zabiegu może nie stanowić podstawy do wnoszenia roszczeń. Jestem również świadoma, że może wystąpić rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami i nie będzie to podstawą roszczeń. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć przed i po zabiegu w celu udokumentowania uzyskanych efektów. Przyjmuję do wiadomości, że zdjęcia będą stanowić część dokumentacji medycznej i będą podlegać odpowiedniej ochronie prawnej. TAK NIE
Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe, w tym dane o moim stanie zdrowia będą przetwarzane przez administratora danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do udzielania mi świadczeń opieki zdrowotnej z poszanowaniem wszelkich wymogów prawnych, dotyczących w szczególności ochrony danych osobowych przed dostępem osób trzecich.

Oświadczam, że zapoznałam się z obowiązkiem informacyjnym dotyczącym przetwarzania moich danych osobowych przez administratora danych.

Oświadczam, że zapoznałam się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu.

data i czytelny podpis pacjenta



Notatki

data i podpis lekarza