

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG

Ja niżej podpisany(a)
oświadczam, że otrzymałem(am) kartę informującą o procedurze przeprowadzania zabiegu, środkach stosowanych do wykonania zabiegu, przeciwwskazaniach oraz możliwości wystąpienia skutków ubocznych. Lekarz wykonujący zabieg udzielił mi wszelkich informacji, odpowiedział na pytania dotyczące przeprowadzenia zabiegu oraz poinformował mnie o przeciwwskazaniach i możliwości wystąpienia skutków ubocznych. Lekarz wykonujący zabieg zebrał wywiad, w ramach którego udzieliłem(am) wyczerpujących i prawdziwych odpowiedzi na pytania dotyczące okoliczności uniemożliwiających przeprowadzenie zabiegu. Oświadczam, iż znane są mi koszty przeprowadzenia zabiegu i leczenia. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu oraz rozumiem ryzyko wiążące się z jego przeprowadzeniem, a także zobowiązuję się do natychmiastowego skontaktowania się z lekarzem w razie wystąpienia niepokojących skutków zabiegu.

Oświadczam, że w badaniu przedoperacyjnym nie zataiłem(am) żadnych informacji i że nie zachodzą żadne przeciwwskazania do wykonania zabiegu, a w szczególności: nadwrażliwość lub rozpoznana reakcja alergiczna na którykolwiek ze składników produktu; ciąża lub okres laktacji; wiek pacjenta poniżej 18 roku życia; cukrzyca z zaburzeniami naczyniowymi (mikroangiopatia); choroby autoimmunologiczne (choroby tarczycy); schorzenia wątroby i nerek; duża otyłość; alergie; zaburzenia krzepliwości krwi; miesiączka; przejściowe lub przewlekłe infekcje i/lub stany zapalne skóry dotyczące obszarów, które miałyby być poddane zabiegowi.

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyrażam zgodę na wykonanie planowanego zabiegu:

Oświadczam że jestem świadomy(a), że wobec różnic w reakcji organizmu na środki medycyny estetycznej nie ma możliwości dokładnego określenia skutków zabiegu. W związku z powyższym, w przypadku nie uzyskania oczekiwanego rezultatu lub wystąpienia jakichkolwiek powikłań i działań niepożądanych, nie będę rościł(a) pretensji, ani do lekarza wykonującego zabieg, ani od producenta, ani też od firmy, która prowadzi dystrybucję produktów w Polsce.

Podpis pacjenta

data.....

Podpis lekarza

data