



- \* Osocze i fibryna bogatopłytkowa i-PRF
- \* Zmarszczki mimiczne, nadpotliwość BOTOX
- \* Blefaroplastyka powiek górnych i dolnych
- \* Liposukcja podbródka, brzucha, kolan i in.
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling
- \* Transplantacja włosów metody FUE, BHT
- \* Resurfacing skóry laserem ablacyjnym CO2
- \* Usuwanie tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Laser anti-plamkowy, peeling karbonowy
- \* Laser anti-naczynkowy, teleangiektazje
- \* HIFU głęboki lifting skóry twarzy
- \* Wolumetria twarzy, ust, dłoni, piersi

## ZGODA PACJENTA NA ZABIEG Z ZAKRESU MEDYCyny ESTETYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
Data urodzenia .....  
PESEL .....  
Rodzaj planowanego zabiegu .....

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



- \* Osocze i fibryna bogatopłytkowa i-PRF
- \* Zmarszczki mimiczne, nadpotliwość BOTOX
- \* Blefaroplastyka powiek górnych i dolnych
- \* Liposukcja podbródka, brzucha, kolan i in.
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling
- \* Transplantacja włosów metody FUE, BHT
- \* Resurfacing skóry laserem ablacyjnym CO2
- \* Usuwanie tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Laser anty-plamkowy, peeling karbonowy
- \* Laser anty-naczynkowy, teleangiektazje
- \* HIFU głęboki lifting skóry twarzy
- \* Wolumetria twarzy, ust, dłoni, piersi

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) przyjąłem(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: .....

\* 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).