



- \* Osocze PRP, fibryna bogatopłytkowa i-PRF
- \* Mezoterapia, mikroigłowa RF, Cellular Matrix
- \* Botox zmarszczki mimiczne, nadpotliwość, bruksizm
- \* Modelowanie ust, wolumetria twarzy, piersi, dłoni, kwas hialuronowy
- \* Modelowanie brody, implanty anatomiczne bródki
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling, lipotransfer
- \* Plastyka powiek górnych, dolnych, przepukliny tłuszczowe powiek
- \* Wyszczuplanie konturów twarzy, liposukcja podbródka i kątów żuchwy
- \* Wyszczuplanie policzków, redukcja poduszek tłuszczowych Bichata
- \* Podciągnięcie obwisłości policzków, nici lifingujące Barb 4D
- \* Liposukcja brzucha, boczaków, bioder, ud, kolan, łydek, pleców, ramion
- \* Elektrostymulacja mięśni, redukcja tłuszczu, rehabilitacja Complex
- \* Usuwanie makijażu permanentnego, melazmy, plamek, tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Resurfacing, nowa skóra, usuwanie blizn, narośli, włókniaków laserem ablacyjnym
- \* Usuwanie pajęczek naczyń, erytrozy, trądziku różowatego laserem antynaczynkowym
- \* HIFU głęboki lifting, zagęszczanie wiotkiej skóry twarzy, szyi, dekoltu
- \* Cyfrowa analiza skóry twarzy
- \* Laser epilacyjny 3D Shred 808+

## ZGODA PACJENTA NA ZABIEG Z ZAKRESU MEDYCYNY PLASTYCZNO-ESTETYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia lub PESEL .....

Adres zamieszkania Pacjenta .....

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 występowania z roszczeniami, gdyż udzielając pełnej informacji na pytania, które zadawano



- \* Osocze PRP, fibryna bogatopłytkowa i-PRF
- \* Mezoterapia, mikroigłowa RF, Cellular Matrix
- \* Botox zmarszczki mimiczne, nadpotliwość, bruksizm
- \* Modelowanie ust, wolumetria twarzy, piersi, dłoni, kwas hialuronowy
- \* Modelowanie brody, implanty anatomiczne bródki
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling, lipotransfer
- \* Plastyka powiek górnych, dolnych, przepukliny tłuszczowe powiek
- \* Wyszczuplanie konturów twarzy, liposukcja podbródka i kątów żuchwy
- \* Wyszczuplanie policzków, redukcja poduszek tłuszczowych Bichata
- \* Podciągnięcie obwisłości policzków, nici liftingujące Barb 4D
- \* Liposukcja brzucha, boczaków, bioder, ud, kolan, łydek, pleców, ramion
- \* Elektrostymulacja mięśni, redukcja tłuszczu, rehabilitacja Complex
- \* Usuwanie makijażu permanentnego, melazmy, plamek, tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Resurfacing, nowa skóra, usuwanie blizn, narośli, włókniaków laserem ablacyjnym
- \* Usuwanie pajęczek naczyń, erytrozy, trądziku różowatego laserem antynaczynkowym
- \* HIFU głęboki lifting, zagęszczanie wiotkiej skóry twarzy, szyi, dekoltu
- \* Cyfrowa analiza skóry twarzy
- \* Laser epilacyjny 3D Shred 808+

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) przyjął(am) 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 zupełności 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: .....