

ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU MEDYCYNY ESTETYCZNEJ

Ja, niżej podpisany.....
wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu.....
Oświadczam, że przed zabiegiem przekazano mi informację na temat wskazań,
przeciwwskazań i możliwości powikłań po zabiegu medycyny estetycznej. Mam świadomość,
że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta i są uzależnione od p;
wieku, stanu skóry oraz innych cech, które mogą wpłynąć na efekt zabiegu i wymagać
podania różnych dawek preparatu.

Data i podpis pacjenta.....

Niniejszy dokument zawiera niezbędne dla mnie informacje, dające możliwość
zapoznania się ze specyfiką sugerowanego zabiegu. Lekarz poinformował mnie w formie
ustnej o wszystkich szczegółach zabiegu, a także uprzedził mnie, że zabieg odbywa się w
znieczuleniu miejscowym (krem znieczulający) lub bez znieczulenia. Jestem świadomy, że
zabiegowi może towarzyszyć uczucie niewielkiego bólu, pieczenia, szczypania, rozpierania
itp. Po zabiegu, w miejscu iniekcji mogą pojawić się zaczerwienienia, obrzęk, zasinienie,
zwiększona wrażliwość i punktowo wyczuwalne grudki.

Jestem przygotowany na to, że w przypadku niektórych zabiegów np. mezoterapia,
osocze bogatopłytkowe, wolumetria, nici PDO, zabiegi z kwasem hialuronowym itp.- mogą
wystąpić powikłania : obrzęk, asymetria twarzy i siniaki, które powinny zaniknąć w przeciągu
2 tygodni do 2 miesięcy. Natomiast pojawiający się ból powinien ustąpić po kilku dniach.
Zostałem poinformowany w formie słownej i zobowiązuję się do zastosowania zaleceń
lekarza, odnoszących się do pozabiegowego okresu rekonwalescencji oraz właściwej
pielęgnacji w domu.

W pełni zdaję sobie sprawę, że niezastosowanie się do zaleceń i wymagań lekarza może
wywołać miejscowe lub ogólnoustrojowe powikłania, a to z kolei może wpłynąć na
pogorszenie efektu zabiegu, wydłużyć czas gojenia lub nawet może wymagać
przeprowadzenia powtórnego zabiegu.

Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni
jasna oraz zrozumiała. Jestem świadomy, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań,
o których zostałem poinformowany przez lekarza przed wykonaniem zabiegu, nie uprawnia
mnie do roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadomy, że podstawą roszczeń nie
może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony
przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu, a moimi oczekiwaniami.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałem możliwość zadawania pytań dotyczących
proponowanego zabiegu.

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem i wyrażam
świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

.....
Data i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta