OŚWIADCZENIE

Świadoma zgoda na wykonanie zabiegu radiofrekwencji mikroigłowej i mezoterapii igłowej (DoubleTite)

INFORMACJE OSOBISTE:

Imię i nazwisko Pacjenta	Data urodzenia	Numer identyfikacyjny
Adres	Telefon	E-mail

WYWIAD MEDYCZNY:

Obecne lub niedawne choroby _____

Hospitalizacja / zabiegi chirurgiczne _____

Zażywane leki _____

Jeżeli dotyczy Państwa którykolwiek z poniższych punktów, prosimy o poinformowanie o tym lekarza / asystenta przed zabiegiem, gdyż są one przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu

- ☐ Ciąża i karmienie
- ☐ Wiek poniżej 18 roku życia
- ☐ Wszczepiony stymulator lub defibrylator serca, elektroniczne implanty jak np. monitory glukozy
- ☐ Metalowy implant lub metalowe śruby w miejscu zabiegu, silikonowe implanty lub wstrzyknięte pod skórę substancje chemiczne
- ☐ Nowotwór w wywiadzie, szczególnie nowotwór skóry lub zmiany przednowotworowe
- ☐ Osłabiony system odpornościowy z powodu chorób takich jak AIDS, HIV lub zażywania leków immunosupresyjnych
- ☐ Poważne choroby współistniejące takie jak: choroby serca, epilepsja, nieuregulowane nadciśnienie lub choroby wątroby lub nerek
- ☐ Choroby stymulowane ciepłem takie jak nawracająca opryszczka (Herpes Simplex) w obszarze zabiegu
- ☐ Aktywne zmiany chorobowe w obszarze zabiegu takie jak: opryszczka, łuszczyca, egzema, rumień i nadmierna / świeża opalenizna
- ☐ Skłonność do keloidów, nieprawidłowości w gojeniu oraz bardzo sucha i krucha skóra
- ☐ Jakiekolwiek czynniki medyczne które mogą utrudniać gojenie skóry
- ☐ Uczulenie na leki, jad owadów błonkoskrzydłych lub inne substancje
- ☐ Metalowe/elektroniczne implanty, rozrusznik serca
- ☐ Stosowanie retinoidów w ostatnim czasie
- ☐ Infekcje wirusowe, bakteryjne, grzybicze
- ☐ Uczulenie lub alergia na składniki produktu do mezoterpii (wybór produktu i jego sklad został mi przedstawiony przed wykonaniem zabiegu)

Oświadczam, iż według swojej najlepszej wiedzy znajduję się w stanie zdrowia pozwalającym mi na korzystanie z usług _____.

Ponadto oświadczam, iż według swojej najlepszej wiedzy nie występują u mnie jakiekolwiek inne przyczyny dotyczące mojego stanu zdrowia, dla których nie mógł(a)bym korzystać z usług _____, a wszystkie informacje podane powyżej są zgodne z prawdą. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować _____ o wystąpieniu zmian w sytuacji zdrowotnej bezpośrednio po jej zaistnieniu.

Jednocześnie oświadczam, że:

- lekarz/osoba posiadająca wymagane kwalifikacje przeprowadził/-a ze mną konsultację wyjaśniającą celowość dokonania ww. zabiegu/-ów;
- przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/-am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania w szczególności odnośnie: mojego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii, trwającej terapii chorób przewlekłych, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów;
- zostałem/-am poinformowany/-a przez lekarza/osobę posiadającą wymagane kwalifikacje o wszelkich przeciwwskazaniach, możliwych skutkach ubocznych oraz efektach wykonania zabiegu;
- zostałem/-am poinformowany/-a, że w przypadku pojawienia się niepokojących działań niepożądanych należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem/osobą posiadającą wymagane kwalifikacje, który/-a wykonał/-a zabieg;
- zostałem/-am poinformowany/-a przez lekarza/osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, iż medycyna i kosmetologia nie są nauką ścisłą i w związku z tym, mimo najlepszej wiedzy i prawidłowego wykonania zabiegu, można nie osiągnąć zaplanowanego i oczekiwanego rezultatu a także, iż wynik zabiegu nie może być gwarantowany a rezultaty zabiegu zależą od indywidualnych czynników;
- świadomie podjąłem/-am decyzję o wyborze najodpowiedniejszego zabiegu, z uwzględnieniem mojego aktualnego stanu zdrowia oraz dostępnych środków kosmetycznych, medycznych i technicznych;
- został mi przedstawiony szacowany koszt zabiegu;
- zgadzam się przestrzegać zaleceń pozabiegowych przekazanych mi w trakcie wizyty;
- informacja przekazana przez lekarza/osobę posiadającą wymagane kwalifikacje była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała, a także, że w trakcie rozmowy z lekarzem/osobą posiadającą wymagane kwalifikacje miałem/am możliwość zadawania pytań;
- odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, a także możliwych powikłań i alternatyw były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący;
- miałem/am wystarczająco dużo czasu, żeby podjąć świadomą decyzję odnośnie zabiegu;
- zostałem/-am poinformowana o możliwych następstwach i powikłaniach po zabiegu, takich jak zaczerwienienie obszaru poddanemu zabiegowi, obrzęk, zmiany kolorytu skóry - hiperpigmentacja, hipopigmentacja, suchość skóry, nadkażenia, zmiana struktury skóry, przejściowe pogorszenie stanu skóry, ślady po wkłuciach, wybroczyny i zasinienia, podrażnienie skóry, tkliwość

Oświadczam, że zatajenie którejkolwiek z wymienionych wyżej informacji traktowane jest jako przyczynienie się Pacjenta/Klienta do powstania szkody w rozumieniu art. 362 k.c. (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała, negatywnego lub niepełnego efektu zabiegu), za którą zabiegowiec nie ponosi odpowiedzialności.

Zapoznałem/am się z treścią niniejszej zgody przed jej podpisaniem oraz rozumiem zawarte w niej informacje. Mając powyższe na względzie, dobrowolnie decyduję poddać się zabiegowi i stosować się do zaleceń pozabiegowych.

Potwierdzam zapoznanie się z niniejszym dokumentem oraz zgadzam się ze wszystkimi jego punktami.

Zostałem/-am poinformowany/-a, że podane przeze mnie dane są dobrowolne. Uzyskałem/-am informację o prawie dostępu do moich danych, możliwości ich poprawiania, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia i usuwania.

Data i miejsce	Podpis