

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

Ja, niżej podpisana(-y) wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na zabieg laserem FOTONA.

1/ Uzyskałam(-em) szczegółowe informacje na temat rodzaju i zakresu zabiegu oraz sposobu działania urządzenia, a także przeciwwskazaniach.

2/ Oświadczam, że nie mam żadnych przeciwwskazań do zabiegu.

3/ Zostałam(-em) w przystępny dla mnie sposób, nie budzący wątpliwości, poinformowana(-y) o alternatywnych metodach zabiegowych, sposobie przeprowadzania zabiegu, typowych, dających się przewidzieć, jak również tych mało prawdopodobnych i niezwykle rzadko zdarzających się następstwach i ewentualnych powikłaniach planowanej czynności, a także o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu.

4/ Zapewniam, że przed wykonaniem zabiegu udzieliłam(-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania odnośnie mojego stanu zdrowia, przebytych, leczonych i nie leczonych dolegliwości, schorzeń i chorób, przyjmowanych leków, wiadomych mi uczuleń i alergii, zabiegów i operacji, którym zostałam(-em) poddana(-y) w przeszłości oraz dolegliwości, schorzeń i chorób członków mojej najbliższej rodziny.

5/ Przyjmuję do wiadomości, że medycyna estetyczna i kosmetologia nie są naukami ścisłymi i czasem zdarza się nie uzyskać zamierzonego efektu zabiegowego pomimo zachowania najwyższej staranności oraz dopełnienia wszelkich procedur.

6/ Równocześnie wyrażam zgodę na inne procedury zabiegowe, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie zabiegu oraz na wykonanie znieczulenia.

7/ Przekazane mi informacje są dla mnie w pełni jasne i zrozumiałe. W trakcie rozmowy miałam(-em) możliwość zadawania pytań, dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam(-em) na nie wyczerpujące odpowiedzi.

8/ Zgadzam się na wykonywanie dokumentacji fotograficznej z zabiegów w celu ułatwienia oceny skuteczności terapii. Zostałam(-em) poinformowana(-y), że zdjęcia mają charakter anonimowy.

9/ Potwierdzam, iż składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedoświadczenia lub niedoświadczania.

10/ Oświadczam, że przy podpisaniu tej zgody na zabieg nie jestem pod wpływem działania alkoholu ani żadnych środków odurzających.

Oświadczam, że w pełni zapoznałam(-em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu z użyciem lasera FOTONA.

Nie mam więcej pytań, ani żadnych wątpliwości.

.....

(Data i podpis Pacjenta/Klienta lub Opiekuna prawnego)