

# ZGODA PACJENTA NA ZABIEG ESTETYCZNY Z UŻYCIEM PREPARATÓW Z KWASEM HIALURONOWYM

Imię i Nazwisko Pacjenta .....

PESEL .....

Adres

.....

Zostałam/em wyczerpująco poinformowana/y o:

- przeciwwskazaniach dotyczących wykonania zabiegu, do których należą: } ciąża i karmienie piersią, } zmiany zapalne w obszarze planowanego zabiegu (trądzik, opryszczka), } choroby immunologiczne z kręgu kolagenoz, skłonność do tworzenia blizn przerostowych } rozchwiana cukrzyca } przyjmowanie antykoagulantów, kortykosteroidów, } bielactwo, łuszczyca, } miejsca ostrzyknięte wypełniaczem permanentnym.
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- efektach niepożądanych i możliwych powikłaniach po zabiegu, do których należą: } krwiaki, wybroczyny i siniaki w miejscu wkłucia } zaczerwienienie i obrzęk tkanek, } zmiany w pigmentacji, } zgrubienia, hyperkorekcja, } zmiany grudkowo-krostkowe, } nadwrażliwość i zmiany alergiczne (bardzo rzadko, nie wymaga wykonywania testów alergicznych) } infekcje w miejscu wkłucia, } uaktywnienie wirusa Herpes (wirus opryszczki) przy powiększaniu ust, } ziarniniaki, pokrzywka, torbiele objawy mają najczęściej charakter przemijający
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Została przekazana mi szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane przed wykonaniem zabiegu. Lekarz udzielił mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć na jego efekt. Poinformowano mnie o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta i zależą od indywidualnych cech anatomicznych pacjenta oraz stanu skóry przed zabiegiem.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed podaniem preparatu oraz na wizycie kontrolnej po około 3-4 tygodniach od wykonania zabiegu.

.....

data i podpis lekarza

.....

data i podpis pacjenta

## ZALECENIA DLA PACJENTA PO WYKONANIU ZABIEGU NA BAZIE KWASU HIALURONOWEGO

1. Przez 1-2 doby po zabiegu:
  - ♣ pij dużo wody (ok. 2,5 l dziennie)
  - ♣ nie śpij w pozycji na brzuchu,
  - ♣ unikaj uciskania i masażu twarzy,
  - ♣ unikaj wzmożonego wysiłku fizycznego.
  
2. Przez około tydzień od zabiegu:
  - nie opalaj się, nie korzystaj z sauny, solarium, krioterapii,
  
3. Po 3-4 tygodniach:
  - zgłoś się na wizytę kontrolną.

W razie wystąpienia objawów niepożądanych skontaktuj się ze swoim lekarzem.

- Dochodzenia ewentualnych roszczeń w związku z realizacją usługi – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi dotyczącymi terminów przedawnienia roszczeń, art. 117 i nast. Ustawy Kodeks cywilny (Dz. U. 1964, nr 16 poz. 93. Ze zm.)