

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG LASEROWY**Laser Er:YAG Juliet**

- Imiona
- Nazwisko
- NR PESEL
- Adres
- Telefon

Wskazania do zabiegu:.....

Procedura zabiegowa:

Proszę zaznaczyć, czy istnieją wymienione poniżej przeciwwskazania do zabiegu laserowego:

- Peelingi (na 4 tyg. przed zabiegiem)
- Stosowanie retinoidów doustnych w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- Stosowanie substancji światło-uwrażliwiających leków i ziół (omów je z lekarzem)
- Świeża opalenizna (do 5 tyg. wcześniej)
- Ciąża
- Nałożenie na skórę w okolicy gdzie będzie dokonywany zabieg substancji samoopalającej lub zabarwiającej skórę (także metodą natryskową) w ciągu ostatnich 4 tyg.

• Depilacja woskiem lub pęsetą na 2 tyg. przed zabiegiem - w okolicy poddawanej zabiegowi

- Cukrzyca
- Rozrusznik serca
- Czynna infekcja skóry (np. opryszczka, liszajec, aktywny trądzik)
- Aktywne choroby skóry i tkanki podskórnej (np. łuszczyca, liszaj, kolagenoza)
- Duża skłonność do przebarwień, blizn przerosłych i keloidów
- Padaczka
- Czynne choroby autoimmunologiczne (np. toczeń układowy, twardzina)
- Zakażenia wirusowe: HIV, WZW
- Implanty w części lędźwiowej kręgosłupa
- Nadmierne oczekiwania wobec efektów zabiegu
- Wkładka antykoncepcyjna

Poinformowałam/em lekarza, jakie leki przyjmuję.

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu laserowego przez lekarza

.....

Wyjaśniono mi w przystępny sposób szczegóły procedury i w pełni je zrozumiałam/-em. Zostałam/-em również poinformowany o alternatywnych metodach oraz ich zaletach i wadach. Oświadczam, że zostałam wyczerpująco poinformowana/-y o korzyściach, ryzyku oraz ogólnych i szczególnych, natychmiastowych lub późniejszych komplikacjach bądź działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić w wyniku zastosowania tej procedury. Jestem zadowolona/-y z uzyskanych informacji i po podjęciu przemyślanej decyzji wyrażam świadomą zgodę na zabieg.

Data i podpis:

Oświadczenie pacjenta:

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu laserem Juliet na obszarze pochwy/sromu/odbytu.
2. Zostałam wyczerpująco poinformowana o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu; technice i metodzie wykonania zabiegu; objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu;

przewidywanym okresie utrzymania się rezultatów zabiegu; średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.

3. Zostałam poinformowana, że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są

od

.....4. Zostałam poinformowana, że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.

5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałam możliwość zadawania pytań i uzyskałam na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.

6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałam się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.

7. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.

8. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty pacjenta.

9. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem asystującym/ wykonującym zabieg.

10.0 Jestem świadoma, że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem – mieszczącym się w granicach skali, o której zostałam uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.

Data i podpis pacjenta:

Data i podpis wykonującego zabieg: