

FOTONA - LASERY

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

Ja, niżej podpisana(-y) wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na zabieg laserem FOTONA. Uzyskałam(-em) szczegółowe informacje na temat rodzaju i zakresu zabiegu oraz sposobu działania urządzenia. Oświadczam, iż nie mam żadnych przeciwwskazań do zabiegu. 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.

Zapewniam, iż przed wykonaniem zabiegu udzieliłem 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.

Przyjmuję do wiadomości, iż 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.

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

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.

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

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, niedołęstwa lub niedoświadczenia. 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)

Przeciwwskazania do zabiegu z użyciem lasera FOTONA:

- Opalenizna,
- Leki światło uczulające (retinoidy, tetracykliny), suplementacja żelaza
- Zioła (dziurawiec, nagietek, przestać używać na 2-3 tygodnie przed zabiegiem),
- Aktywne choroby skóry (np. łuszczyca, liszaj),
- Czynna infekcja skóry (np. opryszczka, liszajec),
- Peelingi (na 4 tyg. przed zabiegiem),
- Depilacja woskiem lub pęsetą na 2 tyg. przed zabiegiem - w okolicy poddawanej zabiegowi,
- Bardzo sucha i bardzo wrażliwa skóra,
- Bielactwo,
- Skłonność do powstawania bliznowców (keloidów), blizn hipertroficznycch,
- Stosowanie sterydów (krem lub tabletki),
- Stosowanie retinoidów doustnych w ciągu ostatnich 6 miesięcy,
- Spożycie lub okres 6 miesięcy od zakończenia przyjmowania Accutanu,
- Zaburzenia krzepnięcia krwi, stosowanie leków zmniejszających krzepliwość krwi,
- Padaczka,
- Choroba nowotworowa,
- Rozrusznik serca,
- Choroby hormonalne oraz endokrynologiczne takie jak np: zespół policystycznego jajnika lub cukrzyca,
- Zakażenia wirusowe: HIV, WZW,
- Czynne choroby autoimmunologiczne (np. toczeń układowy, twardzina),
- Ciąża,
- Karmienie piersią,
- Spożywanie alkoholu (24 godziny przed zabiegiem),
- Nadmierne oczekiwania wobec efektów zabiegu.

Ja, niżej podpisana(-y)
oświadczam, iż zapoznałam(-em) się z powyższą listą przeciwwskazań. Oświadczam, iż
żadne z nich mnie nie dotyczy.

.....
(Data i podpis Pacjenta/Klienta lub Opiekuna prawnego)