

ZGODA NA ZABIEG MEDYCZYNY ESTETYCZNEJ Z UŻYCIEM KWASU HIALURONOWEGO USIECIOWANEGO PODCZAS SZKOLENIA



DATA ZABIEGU	
IMIĘ NAZWISKO PACJENTA	
NUMER KONTAKTOWY	
E-MAIL	

PREPARAT	
IŁOŚĆ / ML	
SZKOLENIOWIEC	

*Zabieg z użyciem kwasu hialuronowego jest oparty na podaniu substancji metodą iniekcyjną w celu korekcji zmarszczek, bruzd, powiększenia ust, kształtowania konturów i owalu twarzy oraz zapewnienia długotrwałej rewitalizacji skóry twarzy, szyi, dekolty i dłoni. Szkoleniowiec wraz z pacjentem planuje przed zabiegiem, jakie okolice zostaną poddane zabiegowi, jakimi preparatami i w jakiej ilości. Rezultat zabiegu oraz czas utrzymywania się efektu nie jest identyczny u każdej osoby - jest uzależniony od indywidualnych predyspozycji pacjenta oraz rodzajów produktów, ich ilości, okolicy i metody podania.

Oświadczam, iż zostałam (em) poinformowana (ny) o :

- technice i sposobie przeprowadzania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatu które zostały użyte do zabiegu, możliwych do osiągnięcia rezultatów w moim przypadku.
- Dokładnie zrozumiałem, że produkty są: biodegradowalne, wstrzykiwane w celu korekcji zmarszczek lub poprawy nawilżenia i elastyczności skóry, efekt korekcji utrzymuje się średnio 9-12 miesięcy. Efekt utrzymywania się zależą od rodzaju skóry, miejsca iniekcji, wstrzykniętej ilości preparatu, technice iniekcji oraz od jakości mojego życia. Średni okres utrzymywania się preparatu może być krótszy po podaniu w usta z uwagi na duże unaczynienie ust. Kolejny zabieg retuszujący wykonany kilka tygodni po pierwszym pomaga wydłużyć trwałość efektu i poprawia rezultaty.
- wszelkich następstwach, mogących wystąpić efektach ubocznych, powikłaniach i działaniach niepożądanych związanych z w/w zabiegiem . Użycie preparatu, wskazania, przeciwwskazania, działania niepożądane zostały mi wytłumaczone i je zrozumiałem
- powiedziałem szczerze na wszystkie pozostawione mi pytania dotyczące mojej medycznej i estetycznej historii
- konieczności powtórnego powtórzenia zabiegu w przypadku braku oczekiwanego rezultatu
- konieczności niezwłocznego skontaktowania się z lekarzem wykonującym zabieg w przypadku wystąpienia w/w efektów ubocznych, powikłań, działań niepożądanych lub innych niepokojących objawów
- miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem satysfakcjonującą odpowiedź na wszystkie z nich
-

- **MOŻLIWE REAKCJE ZWIĄZANE Z INIEKCJĄ**
- Możliwe do wystąpienia działania niepożądane: rumień, obrzęk, ból, świąd, zasinienie, zaczerwienienie, tkliwość w miejscu wkłucia. Najczęściej działania niepożądane ustępują po kilku dniach od iniekcji.
- może wystąpić nadmierna reakcja bólowa powiązana z niepokojem, lękiem, wstrząsem, strachem przed kolejnymi zabiegami
- każde postępowanie powoduje powstanie blizn, które czasami są nieładne. Nieprawidłowe blizny mogą występować w miejscu nakłuć na powierzchni skóry. Blizny mogą mieć kolor różniący się od otaczającej skóry.
- może dojść do omdlenia/ zasłabnięcia w trakcie/ przed/ lub po zabiegu na skutek reakcji stresowej. Omdlenie może wynikać z zastosowania lidnocainy w trakcie zabiegu Znieczulenie miejsce niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania takie jak śmierć. Należy bezwzględnie poinformować o uczuleniach na preparaty do znieczulenia miejscowego.
-



ZGODA NA ZABIEG MEDYCZYNY ESTETYCZNEJ Z UŻYCIEM KWASU HIALURONOWEGO USIECIOWANEGO PODCZAS SZKOLENIA



- Dobrze zrozumiałem(łam), że po iniekcji preparatu kwasu hialuronowego mogą wystąpić wyżej wymienione działania niepożądane i reakcje związane z iniekcją.
- Dokładnie zrozumiałem (-łam) zalecenia po iniekcji i zobowiązuję się do ich przestrzegania. W przypadku nie stosowania się do zaleceń po zabiegu biorę na siebie pełną odpowiedzialność za efekt zabiegu i nie będę miał /-ła stosunku do osoby wykonującej zabieg żadnych roszczeń. Rozumiem, że efekt końcowy zależy od wielu czynników i nie zawsze może być przewidywalny.
- Zrozumiałem, iż w przypadku braku oczekiwanego przeze mnie efektu pieniądze nie będą mi zwrócone. W przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości skontaktuje się z osobą wykonującą zabieg.

.....(data, czytelnie imię i
nazwisko)

Ponadto oświadczam, iż w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych dotyczących aktualnego stanu zdrowia i przebytych chorób osoba wykonująca zabieg i placówka zatrudniająca go nie ponoszą odpowiedzialności (karnej ani cywilnej) za negatywne skutki zabiegu jak – efekty uboczne, działania niepożądane, powikłania będące następstwem utajnienia lub podania nieprawdziwych bądź niepełnych danych i nie będę wnosić żadnych roszczeń odszkodowawczych, ani wobec wykonującego zabieg , ani wobec placówki medycznej.

.....(data, czytelnie imię i
nazwisko)

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku do celów dokumentacyjnych i naukowych podczas szkolenia, a także na publikacje w literaturze fachowej pod warunkiem spełnienia wymogu nierozpoznawalności mojej osoby. Również dobrowolnie poddaje się zabiegowi podczas, którego osoba ucząca się wykonuje zabieg. I oświadczam, że nie będę wnosić roszczeń z tego powodu.

.....(data, czytelnie imię i
nazwisko)

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU:

- Choroby autoimmunologiczne (reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie stawów, syndrom Cohna, choroba Gravesa-Basedowa, ch. Hashimoto, zeszytniające zapalenie stawów, etc.)
- Leczenie immunoterapeutyczne
- Zapalenie lub zakażenie skóry (trądzik, opryszczka, zapalenie skóry, etc.)
- Epilepsja
- Porfiria skórna
- Bielactwo/łuszczyca
- Alergie na składniki preparatu
- Uczulenie na kwas hialuronowy
- Podatność na przerost blizn
- Ciąża i okres laktacji

Oświadczam, iż zapoznałem się z powyższym tekstem i wyrażam świadoma zgodę na zabieg z użyciem kwasu hialuronowego podczas szkolenia.

Data i podpis



**ZGODA NA ZABIEG MEDYCYNY ESTETYCZNEJ
Z UŻYCIEM KWASU HIALURONOWEGO
USIECIOWANEGO PODCZAS SZKOLENIA**

