UNIWERSALNA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU ESTETYCZNEGO

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:.....

.....

.....

(dokładna nazwa zabiegu)

Zostałam(em) wyczerpująco poinformowana(y) o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku
- o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg .... *(nazwa zabiegu),*
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane na..... dni przed wykonaniem zabiegu. Lekarz udzielił mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć na efekt zabiegu.

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu uzależnione są od ....*(należy wymienić cechy pacjenta takie jak np. wiek, stan skóry oraz inne cechy, które mogą wpłynąć na efekt zabiegu).*
Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu zabiegu w okresie.....

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanych leków,
- przebytych zabiegów,

Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała. Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowany przez lekarza przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.
W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

....

Data i podpis lekarza *Data i podpis pacjenta*

