

OŚWIADCZENIE - ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG Z ZASTOSOWANIEM URZĄDZENIA DERMAPEN

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Data urodzenia: ____ / ____ / ____

PESEL: _____

Rodzaj planowanego zabiegu: _____

Rodzaj planowanego znieczulenia: _____

Ja niżej podpisana/y na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2008 Nr 136 poz. 857 z późn. zm. oraz art. 19 ust.1 pkt 3) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007 Nr 14 poz.89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez dr _____ wyżej opisanego zabiegu.

Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach.

Ponadto oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana o:

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana/ny;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu;
5. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.
6. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza;
7. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Jestem świadoma/y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem również świadoma/y, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadoma/y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji w zakresie zabiegu, m. in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane preparaty.

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałam/em wyczerpująco i dostępnie poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi

były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący. Zostałam ponadto poinformowana/ny o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający, abym mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Jestem świadoma, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

ZALECENIA POZABIEGOWE PO ZABIEGU Z ZASTOSOWANIEM URZĄDZENIA DERMAPEN

1. Zabieg będzie trwał ok. pół godziny. Po zabiegu można wrócić do codziennych czynności
2. Zalecane jest nakładanie specjalnych kosmetyków pozabiegowych na poddane zabiegowi okolice celem zmniejszenia pozabiegowego obrzęku.
3. Możesz odczuwać bolesność w obszarze podanym zabiegowi. Częstotliwość oraz nasilenie odczuwalnego dyskomfortu będzie się sukcesywnie zmniejszać z każdym dniem.
4. Bezpośrednio po zabiegu odczuwane są lekkie swędzenie i krótkotrwałe pieczenie. Przez najbliższe kilka dni widoczne może być zaczerwienienie i obrzęk na obszarze poddanym zabiegowi. Skóra będzie lekko bolesna i tkliwa. Stan ten jest normalną reakcją organizmu na zabieg, nie wymaga specjalnej troski i ustępuje samoistnie.
5. Mogą wystąpić także krwiaki, jak po każdym nakłuciu skóry.
6. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu
7. Efekty widoczne są zazwyczaj po drugim lub trzecim zabiegu w cyklu, choć u niektórych osób widać je już po pierwszym zabiegu. Pelen efekt stabilizuje się w ciągu miesiąca po ostatnim zabiegu w cyklu.
8. Reakcja organizmu na zabieg jest zróżnicowana i indywidualna.

Podpis pacjenta i data

Podpis lekarza
