medicome

FORMULARZ ZGODY OGÓLNEJ -
ZABIEG Z ZAKRESU MEDYCYNY ESTETYCZNEJ

Nazwa zabiegu medycznego (produkt, ilość/objętość):……..

……

……

Data zabiegu medycznego:……

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:……

Data urodzenia:…… Pesel:…….....

Adres:……

Telefon:…….....

W celu zapewnienia najwyższej jakości usług oraz bezpieczeństwa pacjenta prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania (proszę zakreślić poprawną odpowiedź):

1. Czy cierpi Pani/Pan na cukrzycę, nadciśnienie, choroby serca, choroby naczyń krwionośnych, choroby nowotworowe, zaburzenia krzepnięcia krwi? Inne choroby: _____	TAK	NIE
2. Czy przebył/a Pan/Pani żółtaczkę zakaźną (jeżeli tak to jakiego typu)?_____	TAK	NIE
3. Czy jest Pan/Pani nosicielem HIV?	TAK	NIE
4. Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na padaczkę?	TAK	NIE
5. Czy miewa Pan/Pani opryszczkę?	TAK	NIE
6. Czy cierpi Pan/Pani na zaburzenia hormonalne?	TAK	NIE
7. Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie leki, a w szczególności retinoidy, tetracykliny, zioła, beta karoten, jakie? _____	TAK	NIE
8. Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
9. Czy karmi Pani piersią?	TAK	NIE
10. Czy jest Pani w trakcie miesiączki (proszę wskazać, który to dzień / nie jestem w trakcie miesiączki)? _____	TAK	NIE
11. Czy ma Pan/Pani skłonności do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn?	TAK	NIE
12. Czy używał/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem lub doustnych retinoidów w ciągu ostatnich 6 miesięcy?	TAK	NIE

13.Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakieś zabiegi na skórze w miejscu, które będzie poddane terapii? Jakie?_____	TAK	NIE
14. Czy przyjmuje Pan/Pani leki zmniejszające krzepliwość krwi (podać od kiedy w jakich dawkach i jakie konkretnie leki wśród wskazanych enumeratywnie: Aspiryna, Acard, Polocard, Acenokumarol, Warfin, Areplex, Zylt, Plavix, Aclotin, Plavocorin, Clopidix ,Clexane, Fraxiparine, Fraxodi lub inne leki - podać nazwę)? _____	TAK	NIE
15. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki (wskazać na jakie i jaka jest reakcja alergiczna organizmu w przypadku podania)? _____	TAK	NIE
16. Czy aktualnie choruje Pan/Pani na przewlekłe choroby (jeśli tak, to od kiedy i na jakie - należy wymienić)? _____	TAK	NIE
17.Czy spożywał/a Pan/Pani alkohol w ostatniej dobie przed zabiegiem?	TAK	NIE

Proszę wskazać przebyte operacje i zabiegi, ze szczególnym uwzględnieniem ewentualnych powikłań _____

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o celu, technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu. Miałem/am możliwość zadawania pytań oraz uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi. Poinformowano mnie o:

• możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku, minimalnej liczbie zabiegów, której przeprowadzenie jest niezbędne do uzyskania planowanych efektów i konieczności powtórnego powtórzenia zabiegu w przypadku braku oczekiwanego rezultatu i czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu

• przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

• sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu

• mogących wystąpić efektach ubocznych, powikłaniach i działaniach niepożądanych związanych z w/w zabiegiem (zaczerwienienie, obrzęk, ból, tkliwość w miejscu zabiegu, przebarwienie, odbarwienie, zaczerwienienie, zasinienie, pęcherzyk, strup, blizna, odczyny zapalne, owrzodzenie, krwiak, zakrzep, zator, nadmierna reakcja bólowa powiązana z niepokojem, lękiem, wstrząsem, strachem przed kolejnymi zabiegami, wyczuwalne grudki i guzki, powstanie guzów i guzków zapalnych, porażenie nerwów czuciowych w miejscach zastrzyków, niezwykle rzadko może dojść do martwicy skóry i pozostawienia blizny), które mogą wymagać wielomiesięcznego leczenia

• konieczności niezwłocznego skontaktowania się z lekarzem wykonującym zabieg w przypadku wystąpienia w/w efektów ubocznych, powikłań, działań niepożądanych lub innych niepokojących objawów

•charakterze „off-label" danego zabiegu (w stosownych przypadkach) – tj. podaniu leku/wyrobu medycznego poza zakresem wskazań jego rejestracji na terenie Polski lub podaniu preparatu, który nie jest zarejestrowany jako lek/wyrób medyczny na terenie Polski

•alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach,

Jestem świadoma(y), że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku i zależne od wielu czynników m.in. od stanu mojego zdrowia, wieku, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki i zastosowane metody leczenia. Poinformowano mnie także o możliwości pojawienia się sytuacji, których nie można przewidzieć. Rozumiem i jestem świadomy/a ryzyka związanego z zabiegiem i bez względu na jego wynik nie będę rościć żadnych pretensji do osoby wykonującej zabieg. Rozumiem, że może zaistnieć potrzeba wykonania kilku zabiegów, aby osiągnąć pożądany efekt oraz, że w niektórych przypadkach nie można całkowicie uzyskać pożądanego przez pacjenta efektu. Uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe. Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich po zabiegu, a w razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem. W świetle powyższego wyrażam zgodę na przeprowadzenie wskazanego na poprzedniej stronie zabiegu z zakresu medycyny estetycznej w sposób świadomy i dobrowolny.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i całej procedury nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób i zostałam(em) pouczona(ny) o treści art. 233 par. 1- 6 kodeksu karnego przed organem tj. odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia dotyczącego aktualnego stanu zdrowia i przebytych dotychczas chorób - "Kto składa fałszywe oświadczenie podlega karze pozbawienia wolności do lat 8". Ponadto oświadczam, iż w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych dotyczących aktualnego stanu zdrowia i przebytych chorób lekarz wykonujący 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 lekarza wykonującego zabieg, ani wobec placówki medycznej.

Data oraz podpis pacjenta_____

Oświadczam, że miałam(em) możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń po zabiegowych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący. **T**reść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym, w tym z przekazaną mi w formie pisemnej informacją dotyczącą planowanego zabiegu, stanowiącą **Załącznik** do niniejszego oświadczenia i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu. Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone ryzykiem komplikacji, w tym zgonu włącznie.

Data oraz podpis pacjenta_____

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku (zdjęć przed i zdjęć po zabiegu) do celów dokumentacyjnych, informacyjnych i naukowych, a także na ich publikację w literaturze fachowej, Internecie/mediach społecznościowych i na zjazdach naukowych pod warunkiem zapewnienia dostatecznej anonimizacji i spełnienia wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.

Data oraz podpis pacjenta_____

Oświadczam, iż po zapoznaniu się z w/w wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (zakreślić właściwe) na wykonanie wyżej opisanego zabiegu.

Data oraz podpis pacjenta_____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Oświęcimskie Centrum Medyczne MEDICOME Sp. z o.o., ul. 3 Maja 10, 32-600 Oświęcim zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Zapoznałem(-am) się z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania wynikających z ustawy z dnia z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2018 r., poz. 1000).

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o badaniu_____