

- Czy przyjmuje Pan(i) aspirynę lub leki przeciwzakrzepowe) TAK NIE
- Jeśli tak to jakie:
- Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? TAK NIE
- Jeśli tak to jakie:
- Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK NIE
- Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK NIE
- Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu które ma być poddane zabiegowi? TAK NIE
- Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

- Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE
- Jeśli tak to w którym miesiącu:
- Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu przy użyciu technologii Plasma **RI**
2. Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: (I) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu; (II) technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu; (III) pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu; (IV) objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu; (V) przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu; (VI) średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.
3. Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz że ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: liczby zabiegów, od stopnia nieregularności skóry, wieku pacjenta, schorzeń skórnych, palenia papierosów, historii chorobowej oraz przyjmowanych leków.
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez osobę wykonującą zabieg była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
8. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty pacjenta.
9. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem asystującym/ wykonującym zabieg.
10. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem- mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.

Oświadczam że, zapoznałem(am) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonie zabiegu.

Data i podpis pacjenta.....

Data i podpis wykonującego zabieg