

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Adres zamieszkania: _____

Data urodzenia: _____

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu _____

Wyrażam zgodę na planowane znieczulenie _____

Zostałam/em szczegółowo poinformowana/y o:

1. przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
2. rodzaju, technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
3. pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
4. możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
5. możliwych powikłaniach zabiegu,
6. sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
7. czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu ,
8. minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu
9. możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie zabiegu lub po zakończeniu; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający,
10. sposobach postępowania po wykonaniu zabiegu.

Jestem w pełni świadoma/y, że nie da się przewidzieć lub zagwarantować oczekiwanych wyników zabiegu. Miałam/em możliwość pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam że, zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonie zabiegu.

Data i podpis pacjentki/a

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia na potrzeby:

przeprowadzania zabiegów w gabinecie

marketingowe

Data i podpis pacjentki/a