



Mia Bella

KLINIKA MEDYCyny ESTETYCZNEJ
I SPECJALISTYCZNEJ

ZGODA NA ZABIEG

Imię i nazwisko pacjenta:

Dane kontaktowe pacjenta:

Wiek:

Dane kontaktowe osoby, którą należy powiadomić w nagłym przypadku:

.....

Rodzaj planowanego zabiegu:

Rodzaj planowanego znieczulenia:

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,
- sposobie przygotowania do zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu,
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- czasie, po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg,
- minimalnej liczbie zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu,
- konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu.



Mia Bella

KLINIKA MEDYCYNY ESTETYCZNEJ
I SPECJALISTYCZNEJ

ZGODA NA ZABIEG

Wyrażam zgodę na:

- wykonanie planowanego zabiegu,
- podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pooperacyjnego,

Oświadczam, że:

- udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnioną samodzielnie ankietą przed zabiegiem,
- miałam 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. Jestem ponadto poinformowana/y o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach,

Data

podpis czytelny