



FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG MEZOTERAPII IGŁOWEJ PRZY UŻYCIU PREPARATU:



IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA

TELEFON KONTAKTOWY

E-MAIL

Niniejszym oświadczam, że udzielono mi wszelkich niezbędnych informacji o produkcie i jego zastosowaniu zgodnym ze wskazaniami i umożliwiono mi zadawanie pytań.

Przekazano mi, że produkt jest preparatem wstrzykniętym w skórę właściwą, w celu zwiększenia jej objętości i rewitalizacji. Preparat zmniejsza lub usuwa zmarszczki, zwiększa objętość policzków i ust.

Efekty po zabiegu nie są trwałe, utrzymują się od 4 do 12 miesięcy. Uzależnione są od miejsca, w którym wstrzyknięto preparat, zastosowanej techniki i mojej przemiany materii.

Zaświadczam, że dostarczyłam/łem pełnej i prawdziwej informacji na temat przebytych przeze mnie chorób, terapii i zabiegów plastycznych.

Oświadczam, że udzielono mi wszelkich odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania dotyczące zabiegu, efektów i ewentualnych skutków ubocznych, takich jak:

- ból przejściowy,
- zaczerwienienie lub rumień,
- obrzęk lub opuchlizna,
- krwiak lub siniak w miejscu podania

Wyżej wymienione objawy mogą się utrzymywać kilka dni po zabiegu, znikają zazwyczaj do czterech dni po zabiegu.

Może też dojść do asymetrii, przemieszczenia się oraz wydzielenia substancji wypełniającej, stwardnień lub grudek w miejscu podania, które będzie się obserwować i leczyć po zabiegu.

W bardzo rzadkich przypadkach może dojść do:

- odbarwienia skóry w ostrzykniętym miejscu
- martwicy obszaru twarzy między brwiami,
- ropni,
- stanu zapalnego,
- ziarniniaków,
- alergii lub opóźnionej nadwrażliwości

Wiadomo mi, iż w przypadku uporczywych lub opóźnionych efektów ubocznych muszę udać się na wizytę i zgłosić ten fakt osobie wykonującej zabieg.

Wszelkie wyjaśnienia zrozumiałam/zrozumiałem i innych pytań nie mam.



FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG MEZOTERAPII IGŁOWEJ PRZY UŻYCIU PREPARATU:



Wiem, że medycyna nie jest wiedzą ścisłą, stąd mam świadomość istniejącego ryzyka, jak i tego, że wynik zabiegu nie może być w pełni przewidywany ani gwarantowany.

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku do celów dokumentacyjnych.

Zostałam/zostałem poinformowany o kuracji.

Powyższe zapisy przeczytałam/przeczytałem i zrozumiałam/zrozumiałem i wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu z wykorzystaniem preparatów

Data

Podpis klienta.....