

## Oświadczenie Świadoma zgoda na zabieg z zastosowaniem urządzenia PLEXR

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia: .....

PESEL: .....

Rodzaj planowanego zabiegu: .....

Rodzaj planowanego znieczulenia: .....

Ja niżej podpisana/y..... /imię i nazwisko/, na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry ( Dz.U.2008 Nr 136 poz. 857 z późn. zm. oraz art. 19 ust.1 pkt 3 ) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ( Dz.U 2007 Nr 14 poz.89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez dr....., wyżej opisanego zabiegu.

Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach.

Ponadto oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana o:

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana/ny;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu;
5. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.
6. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza;
7. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Jestem świadoma/y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem również świadoma/y, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadoma/y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji w zakresie zabiegu, m. in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane preparaty.

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałam/em wyczerpująco i dostępne poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

Oświadczam, że miałam/em 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. Zostałam ponadto poinformowana/ny o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający, abym mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Jestem świadoma, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

### **Zalecenia pozabiegowe po zabiegu z zastosowaniem urządzenia PLEXR**

1. Zabieg będzie trwał około pół godziny.
2. Zabieg wyłącza pacjenta z codziennych aktywności na 2-6 dni w zależności od zastosowanej procedury leczenia.
3. Zalecane jest nakładanie specjalnych kosmetyków pozabiegowych na poddane zabiegowi okolice.
4. Możesz odczuwać bolesność w obszarze podanym zabiegowi. Częstotliwość oraz nasilenie odczuwalnego dyskomfortu będzie się sukcesywnie zmniejszać z każdym dniem.
5. W czasie trwania i do kilkunastu godzin po zabiegu pacjent może odczuwać bolesność na obszarze skóry poddanej zabiegowi. Przez najbliższe kilka dni widoczne może być zaczerwienienie i obrzęk na obszarze poddanym zabiegowi. Skóra będzie lekko bolesna i tkliwa. Stan ten jest normalną reakcją organizmu na zabieg.
6. Bezpośrednio po wykonaniu zabiegu lekarz nałoży na skórę specjalny podkład medyczny (z pigmentami mineralnymi), który pacjent powinien nakładać codziennie aby kamuflować oznaki zabiegu.
7. Pielęgnacja skóry po zabiegu: pacjent pod żadnym pozorem nie powinien usuwać strupków, które powstają po zabiegu. Powinny się one utrzymać przez 5-7 dni po zabiegu i samoczynnie odpaść. Myj skórę tylko wodą z mydłem i stosuj kosmetyki pozabiegowe zalecone przez lekarza.
8. Pacjent zobowiązuje się do przyścia na wizyty kontrolne oraz ścisłego przestrzegania procedur pozabiegowych.
9. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 4 miesiące po zabiegu
10. Efekty widoczne są zazwyczaj po serii 1-3 zabiegów w zależności od zastosowanej procedury leczenia i indywidualnych predyspozycji pacjenta. Należy jednak pamiętać, że istnieje możliwość wykonania kolejnych zabiegów lub nawet brak efektu terapeutycznego gdyż reakcja organizmu na zabieg jest zróżnicowana i indywidualna.

.....  
(data, podpis pacjentki)

.....  
(podpis lekarza)