



»CAMI« MEDYCYNA REGENERACYJNA

ESTETYCZNA CHIRURGIA PLASTYCZNA

i LASEROTERAPIA

31-216 Kraków, ul. Konecznego 2/4U
tel. 012 420 60 70, fax 012 420 60 71

www.cami-antiaging.eu
biuro.cami@gmail.com

ZGODA NA WYKONANIE PLASTYKI POWIEK

PACJENT _____

DATA _____ **GODZINA** _____

Upoważniam Dr _____ oraz jego lub jej współpracowników do wykonania zabiegu plastyki _____ powiek. Całkowicie rozumiem, iż możliwości takiego zabiegu są ograniczone. Zdaję sobie sprawę, że nie ma gwarancji na to, że oczekiwane efekty będą uzyskane. Zdaję sobie sprawę, iż medycyna, chirurgia nie jest jednolitą nauką i mam świadomość, że nie ma gwarancji co do efektu operacji lub zabiegu.

Dr _____ szczegółowo omówił za mną zagadnienia, które w skrócie omówiono poniżej:

A. Specyfika i cel zabiegu plastyki powiek:

Plastyka powiek jest zabiegiem chirurgicznym, który pozwala usunąć nadmierną ilość skóry i/lub tkanki tłuszczowej znajdującej się na górnej lub dolnej powiece.

B. Ryzyko:

Jest mi wiadome, że zabieg może wiązać się z ryzykiem wystąpienia krwiaka, bliznowacenia powiek, krwawienia, nieznacznym opadaniem dolnych powiek.

Jestem świadomy(a), iż oprócz wyżej wymienionych powikłań mogą wystąpić inne, które zawsze mogą wystąpić w czasie zabiegu chirurgicznego, takie jak np. utrata krwi, zakażenie, które w tym przypadku mogą nawet prowadzić do utraty wzroku.

Jestem powiadomiony(a), iż w czasie trwania operacji, mogą wystąpić nieprzewidziane sytuacje, które będą wymagały dodatkowych lub innych czynności, niż te wyżej wymienione. I dlatego upoważniam i proszę wyżej wymienionego p. doktora, jego lub jej asystentów, oraz osoby przez nich upoważnione o wykonanie takich czynności, jakie ich zdaniem są niezbędne.

C. Znieczulenie:

Jest mi wiadome, iż w czasie wykonywania zabiegu plastyki powieki można stosować znieczulenie miejscowe jak i ogólne oraz że w czasie trwania mojego zabiegu będzie zastosowane znieczulenie miejscowe oraz sedacja przez lub pod kontrolą dr _____

Jestem poinformowany, że zastosowanie jakiegokolwiek znieczulenia lub sedacji wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, m. in. Reakcji alergicznej, zatrzymania mięśnia sercowego i innych.

D. Alternatywa w stosunku do operacyjnych metod leczenia:

Alternatywne metody usuwające nadmiar skóry i/lub tkanki tłuszczowej były omówione, jak również to, że chemiczne złuszczenie naskórka może zmniejszyć ilość zmarszczek na skórze.

E. Potwierdzenie zgody:

W sposób wyczerpujący omówiłem(am) mój stan zdrowia oraz proponowane metody chirurgicznego leczenia Dr _____ oraz otrzymałem(am) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie moje pytania. Posiadam wystarczającą wiedzę, na której opieram moją zgodę na proponowane leczenie.

F. Zdjęcia:

Wyrażam zgodę na fotografowanie mnie przed, w czasie, oraz po leczeniu, oraz na to, iż te fotografie będą własnością wyżej wymienionego pana doktora i będą mogły być publikowane w naukowym piśmiennictwie i/lub pokazach naukowych.

G. Współpraca:

Zgadzam się, aby Dr _____ i jego lub jej personel otrzymał informacje i jakichkolwiek zmianach mojego osobistego adresu, oraz zgadzam się współpracować z nimi w ramach opieki pooperacyjnej.

(Proszę wypełnić puste miejsca oraz podpisać się poniżej)

PACJENT LUB JEGO PRAWNY OPIEKUN _____

ŚWIADEK _____

ŚWIADEK _____