



>CAMI< Sp. z o.o.
Estetyczna Chirurgia Plastyczna
i Laseroterapia
31-216 Kraków, ul. Konecznego 2/4 U
tel. 12 4206070, fax. 12 4206071,
kom: 601 440 122, 502 440 308,
e-mail: biuro.cami@gmail.com

UNIWERSALNA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU ESTETYCZNEGO

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:.....

.....
.....
.....
(dokładna nazwa zabiegu)

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,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku
- o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg
..... (nazwa zabiegu),
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane na..... dni przed wykonaniem zabiegu. Lekarz udzielił mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć na efekt zabiegu.

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu uzależnione są od
.....(należy wymienić cechy pacjenta takie jak np. wiek, stan skóry oraz inne cechy, które mogą wpłynąć na efekt zabiegu).

Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu zabiegu w okresie.....

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanych leków,
- przebytych zabiegów,

Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała. Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowany przez lekarza przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

.....
Data i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta