

**a**

Příjmení, jméno, titul: .....

Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Telefon (mobil, domů): .....

E-mail: .....

K ošetření odeslal/a: .....

uzavírají smlouvu o poskytnutí ambulantní péče ve zdravotnickém zařízení za přímou úhradu pacienta.

Vážená paní, vážený pane,

máte v úmyslu podstoupit zákrok, jehož léčebným eventuelně estetickým cílem je odstranit či zmenšit Vaše zdravotní, kosmetické či jiné obtíže.

Účelem tohoto informovaného souhlasu je poskytnout Vám dostatečné informace, které Vám umožní kvalifikovaně se rozhodnout, zda ošetření podstoupíte či nikoliv.

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Žilky v obličeji a na nohou a jiné defekty cévního charakteru na kůži

### **Účel ošetření:**

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla odstranění defektů na kůži cévního charakteru, jako pavoučků nebo metliček v obličeji, zmírnění následků růžovky (pozn. jedná se o nevléčitelné zánětlivé onemocnění pokožky, zákrok neodstraňuje příčinu, pouze viditelné následky) či ohně, odstranění rozšířených červených modrých nebo fialových žilek na nohou.

### **Průběh ošetření:**

Výše uvedené problémy cévního charakteru se zpravidla odstraňují pomocí vhodné vlnové délky laseru nebo intenzivního pulsního světla, žilky na nohou ev. tzv. sklerotizací. Zákrok se provádí bez jakéhokoli znecitlivění, podání lokální anestezie by bylo bolestivější než vlastní zákrok. Ošetření asistované laserem se provádí kontaktně přes čirý gel nebo bezkontaktně. Aplikace sklerotizační látky se provádí injekční formou (napuštění rozšířených žilek sklerotizačním roztokem). V průběhu ošetření může klient pociťovat štípání ev. bolest zejména při vpichu.

### **Následky a rizika ošetření, které nelze vyloučit jsou následující:**

Alergie na použité přípravky, citlivost, bolestivost, zarudnutí pokožky, otok, hematom (modřina), zánět, popáleniny I.-II. stupně, nekróza, změna barvy kůže (pigmentace, depigmentace), jizva. U sklerotizace nevolnost, změna krevního tlaku, zatvrdnutí tkáně, šok vyvolaný alergickou reakcí organismu na sklerotizační roztok, hyperpigmentace nebo hypopigmentace v ošetřené lokalitě.

O všech nežádoucích účincích přetrvávajících déle než 1 týden je klient povinen informovat ošetřujícího lékaře.

**Doporučení pro pacienta:**

Po zákroku je nutné o pokožku pečovat dle doporučení ošetřujícího. V některých případech se péče shoduje s péčí o popáleninu, tzn. šetrně chladit, natírat mastmi s hojivými účinky. Nepoužívat jiné masti než doporučil ošetřující, alergeny v nich obsažené by mohly zkomplikovat hojení.

Pokud dojde ke vzniku stroupku, nestrhávat ho, nechat kůži samovolně dohojit a stroupek nechat přirozeně odpadnout, aby nedošlo ke vzniku jizvy.

Vyhýbat extrémním teplotám (mráz, sluneční záření, UV záření, sauna).

I při běžném pohybu ve venkovním prostředí doporučujeme chránit pokožku krémem s vysokým ochranným faktorem, nejlépe SPF 50+.

Dodržovat termíny kontrol, jsou-li stanoveny.

**Před započítím zákroku je klient povinen informovat ošetřujícího o svém zdravotním stavu**, zejména o vážných onemocněních, operacích nebo stavech (alergie, těhotenství, kojení, krvácení, omdlávání, snímatelná zubní protéza), které by mohly ovlivnit průběh ošetření, či všech užívaných lécích.

**V případě pozákových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.**

Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti se zákroky asistovanými lasery a tudíž není schopen objektivně posoudit pozákový stav.

**V případě jakýchkoliv nejasností konzultujte před započítím zákroku svého ošetřujícího.**

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a plně informován/a o plánovaném ošetření.

Jsem si vědom/a možných následků a rizik a nemám na ošetřujícího žádné další dotazy.

Souhlasím se smluvní cenou.

Souhlasím s případným pořízením fotodokumentace a jejím použitím k prezentačním účelům.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů.

Stvrzuji svým podpisem, že jsem informovala ošetřujícího o svém zdravotním stavu, zejména o skutečnostech, které by mohly ovlivnit průběh ošetření.

S provedením zákroku souhlasím.

.....

podpis ošetřujícího

.....

datum

.....

podpis pacienta