

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

Aplikace látek obsahujících botulotoxin

Účel ošetření:

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla korekce hlubokých mimických vrásek okolo očí (tzv. vějířky) , u kořene nosu (glabella) a na čele ev. na horním rtu a bradě. Další indikací je zmírnění nadměrného pocení (zejména v podpaží (axilly) ev. dlaní či plosek nohou.

Průběh ošetření:

Ošetření se provádí injekční formou. Aplikace roztoku obsahujícího botulotoxin v lékové podobě do výše uvedených lokalit přeruší nervosvalové spojení a tím zabrání mimickému svalu ve smršťování, které je hlavní příčinou tvorby těchto vrásek. Efekt vypínání vrásek nastupuje během 2-7 dnů a po první aplikaci trvá průměrně 4 měsíce. Postupně odeznívá a aplikaci je vhodné zopakovat. Po opakované aplikaci již nedochází k návratu smršťovací schopnosti svalů v původní míře a délka trvání efektu se prodlužuje.

U léčby hyperhydrózy (nadměrného pocení) je potlačena produkce potu z potních žláz v ošetřené oblasti. Účinek trvá obvykle 6-12 měsíců, poté je nutné aplikaci opakovat.

Následky a rizika ošetření, které nelze vyloučit jsou následující:

Alergie na použité přípravky, nevolnost, změna krevního tlaku, citlivost, bolestivost, svědění, zarudnutí pokožky, otok, hematom (modřina), krvácení, strupy, zjizvení pokožky, absces (ohraničené zánětlivé ložisko v důsledku bakteriální infekce), asymetrie obličeje (např. pokleslé oční víčko či obočí), zhoršené (rozmazané) vidění, nedostavení se očekávaného efektu pro přítomnost protilátek u ošetřeného

Doporučení pro pacienta:

Po dobu jednoho týdne před aplikací neužívat vysoké dávky aspirinu, vitamínu E, léky proti bolesti a zánětům, léky proti srážlivosti krve.

Po dobu 4 hodin po ošetření je nutné držet hlavu ve vzpřímené poloze (nelehat, nepředklánět se), ošetřených míst se nedotýkat, procvičovat svaly v ošetřených oblastech (střídavě se mračit a smát).

Po dobu 24 hodin po zákroku ošetřené místo ev. chladit studeným obkladem.

Po dobu 2 dnů po aplikaci se ošetřených míst dotýkat pouze jemně (při mytí, odličování, apod.)

Po dobu 2 týdnů nepodstupovat kosmetickou péči či obličejovou masáž, vyhýbat se 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+.

Pro dosažení dlouhodobého optimálního výsledku doporučujeme ošetření opakovat po odeznění účinku.

Před započítím zákroku je klient povinen informovat ošetřujícího lékaře

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 léků.

Klient je zejména povinen informovat ošetřujícího lékaře o všech předchozích esteticko-chirurgických zákrocích v ošetřované lokalitě.

V případě pozákových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.

Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti s aplikací látek obsahujících botulotoxin 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