

**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**

Injekční výplňové materiály

### **Účel ošetření:**

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla vyplnění hlubokých vrásek (zejména nosolabiálních rýh), propadlin, záhybů a jiných nerovností kůže v především v obličeji, modelaci lícních kostí, úpravu kontur tváře nebo jako vyplnění rtů pro zvětšení jejich objemu.

### **Průběh ošetření:**

Aplikace výplňových materiálů se provádí injekční formou přímo do dermy. Efekt vyplnění je okamžitý, postupně odeznívá, a to 6-18 měsíců dle použitého materiálu. Doba účinku výplňových materiálů na bázi kyseliny hyaluronové je zhruba 6-12 měsíců. Filler RADIESSE™, injekční výplň složená ze synteticky vyrobených hladkých mikrokuliček hydroxylapatitu vápenatého, které jsou rozptýleny v gelovém nosiči ve formě sodné soli karboxymethylcelulózy, má dlouhodobější efekt, cca 12-18 měsíců. V některých případech je pro dosažení požadovaného efektu nutná doplňující aplikace.

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

Alergie na použité přípravky, zarudnutí pokožky, otok, hematom (modřina), citlivost, bolestivost, svědění. Takové reakce jsou normální a lze je očekávat. Ostatní reakce jsou ojedinělé. Jedná se o zatvrdnutí, absces (ohraňené zánětlivé ložisko v důsledku bakteriální infekce), píštěl, drobné hmatné uzlíčky, granulom (tužší kuličkovité nakupení vazivové tkáně), nekróza, asymetrie obličeje, změna barvy pokožky.

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

**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 24 hodin po aplikaci ošetřené místo ledovat nebo chladit studeným obkladem jemně masírovat oblast aplikace při nahmatání uzlíků.

Po dobu 1 týdne udržovat tvář v klidu, omezit mluvení, úsměv a smích.

Po dobu 2 týdnů po aplikaci se 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+.

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 lécích.

Klient je zejména povinen informovat ošetřujícího lékaře o všech předcházejících esteticko-chirurgických zákrocích v místě aplikace injekční výplně.

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

Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti s aplikací výplňových materiálů a tudíž není schopen objektivně posoudit pozádrokový 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