

Institut lékařské kosmetiky, s.r.o., IČO: 600 71 052, Matice školské 1786/17, České Budějovice

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

Mezoterapie, plazmaterapie

Účel ošetření:

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla revitalizace pokožky obličeje ev. dekoltu, zlepšení její kvality, zvýšení odolnosti pleti.

Průběh ošetření:

Mezoterapeutické zákroky se provádí po ev. místním znecitlivění pokožky gelem nebo krémem. U mezoterapie je klientovi aplikován injekční formou do mezodermu roztok obsahující výživné látky, vitamíny a minerály. U plazmaterapie je klientovi odebráno cca 8ml krve. Krev je odstředěna ve speciální centrifuze. Do mezodermu je aplikována získaná plazma ev. obohacená o další látky jako vitamíny, minerály či kyselinu hyaluronovou. V některých případech je pro dosažení požadovaného efektu nutná zhruba po měsíci doplňující aplikace.

Následky a rizika ošetření, které nelze vyloučit jsou následující:

Alergie na použité přípravky, zarudnutí pokožky, papule v místech vpichu až po dobu 48 hodin, otok, hematom (modřina), citlivost, bolestivost, svědění. Takové reakce jsou normální a lze je očekávat. Ostatní reakce jsou ojedinělé. Jedná se o zatvrdnutí, absces (ohraničené zánětlivé ložisko v důsledku bakteriální infekce), drobné hmatné uzlíčky, granulom (tužší kuličkovité nakupení vazivové tkáně), nekróza, asymetrie obličeje, změna barvy pokožky, při odběru krve nevolnost nebo změna krevního tlaku.

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.

3 dny před plánovaným zákrokem zvýšit pitný režim na 3l pramenité vody denně

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

Po dobu 1 týdne po aplikaci důsledně dbát na pitný režim.

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 o svém zdravotním stavu, zejména o vážných onemocněních, operacích nebo stavech (alergie, těhotenství, kojení, krvácení, omdlívání, snímatelná zubní protéza), které by mohly ovlivnit průběh ošetření, či všech užívaných lécích.

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

V případě pozákrokových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.

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