

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

Ulthera

Účel ošetření:

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla zpevnění pokožky zejména v oblasti obličeje (povadající pokožky v okolí očí či kontur obličeje).

Průběh ošetření:

Na položku se přiloží hladká ultrazvuková hlavice (tak jako při jiných sono vyšetřeních). Díky ní vidí ošetřující na monitoru přístroje detailní obraz pokožky až do hloubky 8 mm a vysílá přesně cílené impulsy vysoké energie frakčního micro-fokusovaného intenzivního ultrazvuku do hloubky podpůrné tkáně (SMAS), kde se dosahuje nejlepších liftingových výsledků. Svrchní vrstvy pokožky přitom zůstávají zpravidla nepoškozené. Energie stimuluje růst nového kolagenu zpevňujícího tkáň.

Výsledky zákroku se mohou u jednotlivých klientů individuálně lišit. Nově vytvořený kolagen uvnitř tkáně, který působí proti zemské gravitaci, se nemusí okamžitě viditelně projevit na povrchu. Výsledky se rozvíjejí v průběhu následujících 2 – 3 měsíců po ošetření.

Následky a rizika ošetření, které nelze vyloučit jsou následující:

Alergie na použité přípravky, bezprostředně po aplikaci zarudnutí pokožky přetrvávající několik hodin, dále otok po dobu několika dnů a brnění, citlivost až bolestivost na dotyk po dobu několika dní až týdnů, dále nerovnosti pokožky a asymetrie obličeje. Méně častými riziky jsou hematoma (modřina) nebo zánět nervu, který ustupuje během několika dní až týdnů a s ním spojená svalová slabost. Výjimečnými následky je popálenina, která může vést při neodborném ošetření k zjizvení pokožky a infekce.

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

Doporučení pro pacienta:

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.

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.

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

V případě pozákrokových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.

Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti se zákroky asistovanými Ultherou a tudíž není schopen objektivně posoudit pozákrokový 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