

**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**

Chemický peeling

### **Účel ošetření:**

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla sjednocení barvy pleti, korekce jemných vrásek, celkové zlepšení textury pokožky obličeje a dekoltu, její projasnění a vyhlazení.

### **Průběh ošetření:**

Jednou z metod na zmírnění výše uvedených problémů pleti obličeje a dekoltu je jejich korekce tzv. chemickým peelingem. Na pečlivě odlíčenou pleť se pomocí houbičky aplikuje chemický roztok - směs kyselin glykolové, citricové, lacticové, kyseliny koji a salicylové. Látka se nechá působit dle typu pleti po dobu 2-4 minut. Následně se odstraní prostřednictvím neutralizační emulze. Po dobu působení roztoku může klient pociťovat mírné štípání, i několik hodin po neutralizaci látky lehké pálení. Ošetření je vhodné několikrát opakovat (až 6 x), minimální doporučený odstup mezi jednotlivými ošetřeními je 7-10 dnů. Kontraindikací pro ošetření je zejm. herpes (opar), ev. další kožní onemocnění.

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

Alergie na použité přípravky, zvýšená citlivost nebo naopak necitlivost, zarudnutí pokožky, petechie (drobné červené tečky), otok, popáleniny I.-II. stupně, puchýře, krvácení, strupy, zjizvení pokožky, nekróza, změna barvy kůže (pigmentace, depigmentace).

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

**Doporučení pro pacienta:**

Během kúry je zakázáno se opalovat jak na přímém slunci, tak v soláriu!

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

Doporučuje se vyhýbat se extrémním teplotám (sauna, mráz).

V ochraně pleti před nežádoucími vlivy je vhodné pokračovat ještě 2 týdny po skončení kúry.

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, alergenů v nich obsažených 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.

Dodržovat termíny kontrol, jsou-li stanoveny.

**Před započatím 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 léků.

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

**V případě jakýchkoliv nejasností konzultujte před započatím 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