

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

Karbon laserpeel

Účel ošetření:

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla zlepšení textury pleti, stažení rozšířených pórů, zmírnění aknézních projevů pokožky a periorální dermatitidy.

Průběh ošetření:

Výše uvedené problémy se zpravidla odstraňují pomocí Nd:YAG Q-Switch laseru s velmi krátkým pulzem vedeného přes karbonový podklad. Na pleť je aplikována karbonová (uhlíková) maska, která se nechá zaschnout. Již z názvu je zřejmé, že ošetřovaná oblast je zbarvena do černa. Paprsek proniká do kůže, kde aktivně působí na patogenní bakterie a tak ovlivňuje strukturu a texturu pokožky. Zákrok se provádí bez jakéhokoli znecitlivění, podání lokální anestezie by bylo bolestivější než vlastní zákrok. V průběhu ošetření může klient pociťovat štípání nebo pálení ev. bolest.

U rozsáhlých aknézních projevů nebo výrazných rozšířených pórů je potřeba počítat s vyšším počtem zákroků (až 6) s rozstupem zhruba 2 týdnů.

Následky a rizika ošetření, které nelze vyloučit jsou následující:

Alergie na použité přípravky, citlivost, bolestivost, zarudnutí pokožky, petechie (drobné červené tečky), otok, hematom (modřina), zánět, 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:

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, alergeny v nich obsažené 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.

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+.

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.

V případě pozákových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm. Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti se zákroky asistovanými lasery 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