

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

Liftingové nitě (mezonitě, 3D nitě)

Účel ošetření:

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla dosažení liftingového efektu v oblasti tváří, pozvednutí povislých kontur obličeje.

Průběh ošetření:

Liftingové nitě se zavádějí do podkoží injekční formou pomocí tenké kanyly. Zákrok se provádí bez jakéhokoli znecitlivění, podání lokální anestezie by bylo bolestivější než vlastní zákrok. U extrémně senzitivních jedinců lze provést místní znecitlivění pokožky gelem nebo krémem. Do ošetřované oblasti se buď pomocí atraumatické jehly zavádí drobnými vpichy mezonitě – tenká vstřebatelná vlákna, a to ve tvaru sítě. Kolem nitě se okamžitě začne vytvářet nový kolagen a vzniká kolagenová síť, která způsobí vypnutí kůže. 3D nitě se zpravidla aplikují v počtu 2 ks po obou stranách tváře, tzn. celkem 4 vlákna. Zákrok je veden z jednoho vpichu shora směrem ke koutku úst a bradě. V obou případech se jedná o vstřebatelné materiály, nitě se rozpadají v průběhu 6-12 měsíců, ošetření lze opakovat ev. doplňovat i kombinovat s jinými rejuvenačními metodami.

Následky a rizika ošetření, které nelze vyloučit jsou následující:

Alergie na použité přípravky, nevolnost, změna krevního tlaku, citlivost, bolestivost, svědění, zarudnutí pokožky, otok, hematom (modřina), krvácení, strupy, zjizvení pokožky, nekróza, změna barvy kůže (pigmentace, depigmentace), zatvrdnutí, absces (ohraničené zánětlivé ložisko v důsledku bakteriální infekce), píštěl, drobné hmatné uzlíčky, granulom (tužší kuličkovité nakupení vazivové tkáně), nerovnosti pokožky, asymetrie obličeje.

Pooperační otok a otupělé čtí je běžné. 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 léků.

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

V případě pozákrokových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.

Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti s aplikací liftingových nití 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