

## **Lasery Fotona**

### **Świadoma zgoda na zabieg**

Ja, niżej podpisany(-a) ....., wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na zabieg laserem FOTONA. Uzyskałem(-am) szczegółowe informacje na temat rodzaju i zakresu zabiegu oraz sposobu działania urządzenia. Oświadczam, iż nie mam żadnych przeciwwskazań do zabiegu. Zostałem(-am) w przystępny dla mnie sposób, niebudzący wątpliwości, poinformowany(-a) o alternatywnych metodach zabiegowych, sposobie przeprowadzania zabiegu, typowych, dających się przewidzieć, jak również tych mało prawdopodobnych i niezwykle rzadko zdarzających się następstwach i ewentualnych powikłaniach planowanej czynności, a także o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu.

Zapewniam, iż przed wykonaniem zabiegu udzieliłem(-am) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania odnośnie mojego stanu zdrowia, przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwości, schorzeń i chorób, przyjmowanych leków, wiadomych mi uczuleń i alergii, zabiegów i operacji, którym zostałem(-am) poddany (-a) w przeszłości oraz dolegliwości, schorzeń i chorób członków mojej najbliższej rodziny.

Przyjmuję do wiadomości, iż medycyna estetyczna i kosmetologia nie są naukami ścisłymi i czasem zdarza się nie uzyskać zamierzonego efektu zabiegowego pomimo zachowania najwyższej staranności oraz dopełnienia wszelkich procedur. Równocześnie wyrażam zgodę na inne procedury zabiegowe, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie zabiegu oraz na wykonanie znieczulenia. Przekazane mi informacje są dla mnie w pełni jasne i zrozumiałe. W trakcie rozmowy miałem(-am) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałem(-am) na nie wyczerpujące odpowiedzi.

Zgadzam się na wykonanie dokumentacji fotograficznej z zabiegów w celu ułatwienia oceny skuteczności terapii. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że zdjęcia mają charakter anonimowy i są elementem badań klinicznych.

Potwierdzam, iż składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym(-ą) w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek. Oświadczam, że przy podpisaniu tej zgody na zabieg nie jestem pod wpływem działania alkoholu ani żadnych środków odurzających.

Oświadczam, że w pełni zapoznałem(-am) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu z użyciem lasera Fotona.

Nie mam więcej pytań, ani żadnych wątpliwości.

.....  
(Data i podpis Pacjenta/Klienta lub Opiekuna Prawnego)

## Przeciwwskazania do zabiegu z użyciem lasera FOTONA

- Opalenizna (1miesiąc)
- Leki światło uczulające (retinoidy, tetracykliny)
- Zioła (dziurawiec, nagietek, przestać używać na 2-3 tygodnie przed zabiegiem)
- Aktywne choroby skóry (np. łuszczyca, liszaj)
- Czynna infekcja skóry (np opryszczka, liszajec)
- Peelingi (na 4 tyg, przed zabiegiem)
- Depilacja woskiem lub pęsetą na 2 tyg. przed zabiegiem - w okolicy poddawanej zabiegowi
- Bardzo sucha i bardzo wrażliwa skóra
- Bielactwo
- Skłonność do powstawania bliznowców (keloidów), blizn hipertroficzných
- Stosowanie sterydów (krem lub tabletki)
- Stosowanie retinoidów doustnych w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- Spożycie lub okres 6 miesięcy od zakończenia przyjmowania Accutanu
- Zaburzenia krzepnięcia krwi, stosowanie leków zmniejszających krzepliwość krwi
- Padaczka
- Choroba nowotworowa
- Rozrusznik serca
- Choroby hormonalne oraz endokrynologiczne takie jak np: zespół policystycznego jajnika lub cukrzyca
- Zakażenia wirusowe: HIV, WZW
- Czynne choroby autoimmunologiczne (np, toczeń układowy, twardzina)
- Cięża
- Karmienie piersią
- Spożywanie alkoholu (24 godziny przed zabiegiem)
- Nadmierne oczekiwania wobec efektów zabiegu

Ja, niżej podpisany(-a) .....  
oświadczam, iż zapoznałem(-am) się z powyższą listą przeciwwskazań. Oświadczam, iż żadne z nich  
mnie nie dotyczy.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów marketingowych Gabinetu. Pisemne  
potwierdzenie obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć oraz ujęć  
filmowych za pośrednictwem mediów elektronicznych i drukowanych.

.....  
(Data i podpis Pacjenta/Klienta lub Opiekuna Prawnego)