

## Zgoda na zabieg preparatem kwasu Hialuronowego

.....  
*Imię i nazwisko pacjenta*

.....  
*Data urodzenia*

.....  
*Telefon kontaktowy*

.....  
*Adres e-mail*

Preparat użyty w celu:

- wypełnienia zmarszczek
- powiększenia ust
- poprawy konturów twarzy
- rewitalizacji skóry
- uzupełnienia ubytków

Użycie, wskazania, przeciwwskazania oraz możliwe działania niepożądane zostały mi wytłumaczone.

Odpowiedziałem szczerze na wszystkie postawione mi pytania dotyczące mojej medycznej i estetycznej historii.

Miałem okazję zadać nurtujące mnie pytania i otrzymałem satysfakcjonującą odpowiedź na wszystkie z nich.

Dokładnie zrozumiałem, że:

1. Produkty te są przeźroczystym, ulegającym biodegradacji żelem kwasu hialuronowego pochodzenia niezwierzęcego.
2. Produkty są wstrzykiwane w celu korekcji zmarszczek lub poprawy nawilżenia i elastyczności skóry.
3. Efekt korekcji utrzymuje się średnio 9-12 miesięcy. Efekt utrzymania się zależy od rodzaju skóry, miejsca iniekcji, wstrzykniętej ilości preparatu oraz techniki iniekcji, ale także od jakości mojego życia. Średni okres utrzymywania się może być krótszy w ustach ze względu na silne unaczynienie. Kolejny zabieg retuszujący wykonany kilka tygodni po pierwszym zabiegu pomaga wydłużyć trwałość efektu i poprawia rezultaty.

Dobrze zrozumiałem, że po iniekcji preparatem ..... w celu:

- wypełnienia zmarszczek na czole
- wypełnienia zmarszczek pomiędzy brwiami
- wypełnienia zmarszczek typu „kurze łapki”
- wypełnienia zmarszczek dookoła ust
- wypełnienia fałdów nosowo-wargowych
- wypełnienia zmarszczek dookoła ust
- wypełnienia zmarszczek na policzkach
- wypełnienia kącików ust
- podkreślenia konturu ust
- dodania objętości policzkom i modelowania kości policzkowych
- dodania objętości ustom
- wypełnienia głębokich fałd nosowo-wargowych
- wypełnienia tzw. linii marionetek
- podkreślenia rysów twarzy
- korekcji zmarszczek na policzkach tzw. nappage
- podkreślenie konturu ust i zwiększenie objętości ust
- leczenia skóry twarzy
- leczenia skóry szyi
- leczenia skóry dekoltu
- leczenia skóry dłoni
- przywrócenia objętości okolicy skroni
- przywrócenia objętości policzków
- przywrócenia objętości kości policzkowych
- przywrócenia objętości podbródka
- inne .....

mogą wystąpić: zaczerwienienia, obrzęk, rumień, szczypania lub ból przy dotyku (do tygodnia po zabiegu). W miejscu podania preparatu może powstać zgrubienie lub grudki. Zgłaszano bardzo rzadkie przypadki wystąpienia przebarwień w miejscu iniekcji.

Zostałem także poinformowany, że w literaturze opisano bardzo rzadkie przypadki wystąpienia martwicy w obszarze między brwiami, ropnia, ziarniaków lub nadwrażliwości po iniekcji kwasu hialuronowego.

Utrzymywanie się reakcji zapalnych przez okres dłuższy niż tydzień lub wystąpienie jakichkolwiek innych efektów niepożądanych należy niezwłocznie zgłosić w klinice w celu podjęcia właściwego leczenia. We wszystkich przypadkach takie efekty uboczne mogą wymagać leczenia trwającego nawet kilka miesięcy,

**Przeciwwskazania:**

Przeciwwskazania istnieją ze względu na typ zabiegu, a nie wykorzystywany produkt. Z tego powodu ważne jest poinformowanie lekarza o przebytych chorobach i schorzeniach takich jak:

- choroby immunologiczne (reumatoidalne zapalenie stawów, tłuszczycowe zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zespół Cohna, choroba Gravesa-Basedowa, zeszywniające zapalenia stawów etc.)
- leczenie immunoterapeutyczne
- zapalenie lub zakażenie skóry (trądzik, opryszczka, zapalenie skóry etc.)
- epilepsja
- porfiria skórna
- bielactwo/tuszczycyca
- alergie na składniki preparatu
- uczulenie na kwas hialuronowy
- podatność na przerost blizn

Dokładnie zrozumiałem(-am) zalecenia po iniekcji i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Ja niżej podpisany(-a) wyrażam zgodę na opisany zabieg. Sposób jego wykonania, przeciwwskazania, rokowania jak i postępowanie po zabiegu zostały mi dokładnie przedstawione i wyjaśnione. Rozumiem, iż efekt końcowy zależy od wielu czynników i nie zawsze może być przewidywalny. Zrozumiałem(-am), iż w przypadku braku oczekiwanego przeze mnie efektu pieniądze nie będą mi zwrócone. W przypadku jakichkolwiek pytań i wątpliwości po zabiegu skontaktuję się z Gabinetem.

Potwierdzam, że prawdziwość podanych informacji w Karcie Pacjenta. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych i w bazie danych.

Wyrażam zgodę na zabieg preparatem .....

.....  
*Data i podpis pacjenta*

.....  
*Data, podpis i pieczętka lekarza*