

Nazwisko i imię.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Telefon.....

Uczulenia:	Choroby przewlekłe:
Zmiany skóry w obszarze poddanemu zabiegowi:	Przyjmowane leki:
Zabiegi wykonywane w ciągu ostatniego roku:	

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:.....

Zostałam(em) wyczerpująco i jasno poinformowana(y) o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- alternatywnych metodach postępowania,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- technice i sposobie wykonania znieczulenia do zabiegu,
- typowych i najczęściej występujących następstwach i powikłaniach zabiegu znieczulenia,
- pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatów / produktów leczniczych, które zostaną użyte do wykonania zabiegu
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu,
- typowych i najczęściej występujących następstwach i powikłaniach zabiegu, w tym między innymi w postaci:
 - *rumienia, *zasinienia, *podbiegnięć krwawych, *krwiaków, *obrzęku opuchlizny, *asymetrii twarzy,
 - *ból, *podwyższonej temperatury
- rzadkich następstwach i powikłaniach zabiegu, w tym między innymi w postaci:
 - *zakażeń lokalnych, *odczynu uczuleniowego miejscowego lub uogólnionego, *prześciowego zaburzenia czucia, mrowienia, drętwienia, *prześciowego porażenia nerwów okolicy leczonej, *ograniczonej martwicy skóry, *wysypki skórnej,
- niepożądanych zdarzeniach medycznych, które mogą wystąpić mimo prawidłowego wykonania zabiegu,
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymania się osiągniętego rezultatu,
- czasie, po upływie którego efekt zabiegu będzie widoczny / optymalny,
- czasie, po upływie którego może / powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg
- minimalnej liczbie zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do osiągnięcia oczekiwanego efektu/utrzymania osiągniętego efektu

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się w warunkach domowych do zabiegu oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane / wykluczone na kilka dni przed wykonaniem zabiegu. Lekarz udzielił mi również informacji, że pominięcie przygotowań w warunkach domowych / wykluczenie stosowanych preparatów, leków, suplementów diety, może wpłynąć na efekt zabiegu.

Zostałam(em) poinformowana(y) o konieczności poinformowania lekarza o wszelkich incydentach zdrowotnych (wizytach w SOR, omdleniach, złym samopoczuciu), przyjętych lekach, spożycia dużej ilości alkoholu, użyciu narkotyków lub środków działających podobnie, które wystąpiły między konsultacją lekarską, a dniem w którym wykonywany jest zabieg

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu uzależnione są od wieku, ogólnego stanu zdrowia:

- *chorób przewlekłych, *chorób autoimmunologicznych, *chorób ogólnoustrojowych, *choroby nowotworowej w wywiadzie,
- *chorób skóry (trądzik, egzema, łuszczyca), *aktualnie przyjmowanych leków – obniżających krzepliwość krwi np. aspiryna, leki doustne przeciwzakrzepowe, –przeciwbólowych NLPZ np. ibuprofen, ketoprofen, *aktualnie przyjmowanych suplementów diety np. witaminy E, *aktualnej diety (wielonasycone kwasy tłuszczowe, pochodne czosnku, grapefruity, winogrona, zioła, warzywa liściaste), *fazy cyklu miesięcznego u kobiet.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu zabiegu w okresie 2-5 dni.

Została(em) poinformowana(y), że po zabiegu:

- mogą wystąpić reakcje zapalne takie jak zaczerwienienie, nabrzmienie, obrzęk, rumień, którym może towarzyszyć swędzenie lub ból przy dotyku. Reakcje te mogą utrzymywać się przez okres 7 dni.
- w miejscu wstrzyknięcia mogą pojawić się przebarwienia, stwardnienia lub grudki.
- po wykonaniu zabiegów z użyciem nici liftingujących, kwasu hialuronowego, toksyny botulinowej czy stymulatorów kolagenu, może wystąpić asymetria twarzy ; najczęściej jest ona przejściowa, można ją korygować, choć może wiązać się to z dodatkowymi kosztami, często ustępuje w ciągu kilku miesięcy.

- zanotowano pojedyncze przypadki wystąpienia martwicy skóry w obrębie gładziny czoła po podaniu preparatu w tę okolicę. W innych okolicach zaobserwowano bardzo rzadko powstawanie ziarniaków i nadwrażliwości oraz wystąpienie ropni. Po zabiegach chirurgicznych może dojść do rozejścia się rany i jej ropienia.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) prawidłowych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

*stanu zdrowia, *znanych mi alergii, *trwającej terapii chorób przewlekłych, *istnienia/braku ciąży, *przyjmowanych leków/wyrobów medycznych, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, *przebytych zabiegów, w tym zabiegów połączonych z naruszeniem integralności cielesnej mających na celu wykonanie tatuaży, piercingu, itp.

Oświadczam, że poinformowano mnie, że **zatajenie którejkolwiek z wymienionych informacji traktowane jest jako przyczynienie się do powstania szkody** (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności.

Informacja przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowana(y) przez lekarza przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu, a moimi oczekiwaniami.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i na wszystkie otrzymałam(em) odpowiedzi.

Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć przed i po zabiegu w celu analizy porównawczej i oceny skuteczności zabiegowej oraz na nieodpłatne, komercyjne wykorzystanie fragmentów zdjęć bez wykorzystania mojego wizerunku(bez udostępniania całej twarzy i możliwości jej zidentyfikowania).

Czas między przekazaniem zgody a wykonaniem zabiegu był dla mnie w pełni wystarczający do zapoznania się z powyższym tekstem, przeanalizowaniem treści i podjęciem świadomej decyzji odnośnie wykonania proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że akceptuję koszty zabiegu. Zostałam(em) poinformowana(y), że w przypadku zmiany zakresu zabiegu w trakcie jego trwania koszty zabiegu mogą ulec zmianie. Zostałam(em) poinformowana(y), że w przypadku zabiegu / cyklu zabiegów, który(e) ma(ją) zostać u mnie wykonany(e), koszty będą odbiegać od standardowych, określonych w cenniku stacjonarnym / na stronie internetowej. Oświadczam, że akceptuję możliwość poniesienia wyższych kosztów związanych z wykonaniem zabiegu / cyklu zabiegów.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu.

.....
Data i podpis pacjenta

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na utrwalenie przez Administratora danych zdjęcia mojego wizerunku przed i po zabiegu w celu analizy porównawczej i oceny skuteczności zabiegowej.
2. Udzielam Administratorowi danych zwanemu "Upoważnionym" bezterminowej zgody na rozpowszechnianie, na zasadach i w sposób określony w niniejszym oświadczeniu, mojego wizerunku wskazanego w pkt.1 niniejszego oświadczenia(zwanego dalej „Wizerunkiem”)
3. Niniejsza zgoda upoważnia Upoważnionego do utrwalenia Wizerunku oraz do udostępnienia zdjęć wyłącznie w formie uniemożliwiającej identyfikację pacjenta.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Upoważnionego mojego wizerunku dla celów dokumentacyjnych, zgodnie z art. 6 ust.1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych). Udzielenie zgody wskazanej w pkt. 2 i 3 niniejszego oświadczenia następuje nieodpłatnie. Dane dotyczące wizerunku będą przetwarzane przez okres 3 lat.

.....
Data i podpis pacjenta

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych (tj. wizerunku) wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest właściciel: Prywatna Praktyka Lekarska Magdalena Kędzia, 87-100 Toruń, ul. Bluszczowa 24/3. NIP 8781544293, adres e-mail kontakt@esteticmedkedzia.pl
2. Celem zbierania w/w danych jest konieczność dokonania analizy porównawczej i oceny skuteczności zabiegowej.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
4. Utrwalenie w/w danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do dokonania analizy porównawczej i oceny skuteczności zabiegowej.
5. Dane dotyczące Pani/Pana wizerunku nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim.
6. Dane dotyczące Pani/Pana wizerunku nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać w/w danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe o których mowa powyżej będą przechowywane przez okres 1 roku, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

.....
Data i podpis pacjenta