

**Oświadczenie**  
**wyrażające zgodę na wykonanie usługi/zabiegu z zakresu medycyny estetycznej**

Imię i nazwisko pacjenta: ..... Pesel: .....

Rodzaj planowanej usługi/zabiegu z zakresu medycyny estetycznej:

.....

Parametry zabiegu:.....

Urządzenie, jeśli je przewidziano:.....

Rodzaj planowanego znieczulenia, jeśli je przewidziano: .....

Wykonujący zabieg:.....

Ja, niżej podpisany/a **wyrażam zgodę** na wykonanie wyżej opisanej usługi/zabiegu z zakresu medycyny estetycznej w Grapa Medica.

**Oświadczam, iż udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji** o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach i terapiach, zgodnie z wypełnionym **Oświadczeniem o stanie zdrowia**, jak również potwierdzam przekazanie mi przez lekarza **zaleceń pozabiegowych**, których zobowiązuję się ściśle przestrzegać.

**Oświadczam** również, że zostałem/am w sposób wyczerpujący i zrozumiały poinformowany/a o:

- 1) konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia usługi/zabiegu medycyny estetycznej, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jeśli jestem takiej poddawany/a, (podać rodzaj terapii, jeśli zachodzi potrzeba jej zakończenia lub przerwania: .....)
- 2) rodzaju usługi, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku,
- 3) występujących powikłaniach planowanej usługi/zabiegu medycyny estetycznej,
- 4) sposobie postępowania po przeprowadzeniu usługi/zabiegu, w tym konieczności przeprowadzania terapii farmakologicznej,
- 5) występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej,
- 6) konieczności przybycia na wizyty kontrolne, po wykonaniu usługi, jeśli lekarz takie zaleci,
- 7) możliwości wystąpienia powikłań związanych z usługą/zabiegiem z zakresu medycyny estetycznej oraz przebiegiem terapii farmakologicznej,
- 8) negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się lub ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza,
- 9) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu, objawach i jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu, przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu, średniej liczbie zabiegów, których wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów,
- 10) kosztach usługi, które przyjmuję do wiadomości i akceptuję.

**Oświadczam**, że jestem świadomy/a, iż możliwy do osiągnięcia efekt usługi/zabiegu z zakresu medycyny estetycznej, okres gojenia i skuteczności ewentualnej terapii po wykonaniu usługi nie mogą być w sposób ścisły określone, co wynika ze specyfiki planowanej usługi, jak również są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadomy/a, że ostateczny efekt usługi z zakresu medycyny estetycznej zależy od

wielu czynników m.in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane środki. Ponadto zostałem poinformowany/a o tym, że efekt usługi nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych osób.

**Akceptuję fakt**, że po zabiegu mogą być widoczne zaczerwienienia, siniaki, obrzęki, które znikną po kilku dniach. W razie niepokojących mnie objawów niezwłocznie skontaktuję się z lekarzem wykonującym zabieg.

**Jestem świadomy/a**, że w czasie usługi z zakresu medycyny estetycznej, znieczulenia lub leczenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności wymagające przeprowadzania dodatkowych działań w celu usunięcia zagrożenia utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Jednocześnie zezwalam lekarzowi wykonującemu usługę z zakresu medycyny estetycznej na wykonanie dodatkowych działań, które mogą okazać się niezbędne w celu usunięcia wyżej wskazanych zagrożeń w tym wszelkich stanów zdrowotnych wymagających leczenia, nieznanych lekarzowi wykonującemu usługę w czasie jej rozpoczęcia.

**Wyrażam zgodę** na podanie mi wskazanych na wstępie środków znieczulających, w tym po usłudze oraz przyjmuję do wiadomości, że wszystkie formy znieczulenia są obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

**Oświadczam**, że miałem/miałam możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanej usługi/zabiegu z zakresu medycyny estetycznej, możliwości powikłań i ich ryzyka, dalszego leczenia i zaleceń co do niego, a udzielone odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i wyczerpujące. Ponadto zostałem/am poinformowany/a o alternatywnych metodach leczenia w tym zaniechaniu leczenia.

Niniejszy dokument został mi przedłożony do zapoznania się przed przystąpieniem do wykonywania usługi z zakresu medycyny estetycznej i miałem/am wystarczającą ilość czasu by w pełni zrozumiał sposób zapoznać się z jego treścią.

**Jestem świadomy/a**, że dokumentacja fotograficzna/cyfrowa jest niezbędnym elementem utrwalenia usługi/zabiegu z zakresu medycyny estetycznej (przed/po) a mój wizerunek nie zostanie upubliczniony, chyba, że wyrażę na to odrębną pisemną zgodę.

**Akceptuję fakt**, że podstawą roszczeń cywilnych przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt usługi nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami - jeśli jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

.....  
*Data i podpis lekarza*

.....  
*Data i podpis pacjenta*