

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S OŠETŘENÍM PRODUKTY S KYSELINOU HYALURONOVOU

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Vypnutí kůže a vrásek.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vaší žádosti provede **OŠETŘENÍ PRODUKTY S KYSELINOU HYALURONOVOU**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

Estetické ošetření.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Přípravky s kyselinou hyaluronovou jsou určeny k injekční aplikaci do kůže ke korekci vrásek a rýh a zvýraznění rtů. Doba působení přípravku je asi 1 rok v závislosti na místě ošetření, typu pokožky a injekční technice. V některých případech může být trvání účinku kratší nebo delší. Dodatečně upravující a následně udržovací aplikace pomáhají zachovávat požadovaný stupeň korekce.

Průběh výkonu:

1. znecitlivění anestetickým krémem
2. dezinfekce
3. aplikace kyseliny hyaluronové do dané lokality

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Po aplikaci přípravku se mohou objevit některé běžné reakce související s injekcí, např. lehké krvácení, zarudnutí, otok, bolest, svědění nebo citlivost v místě aplikace. Vymizí během několika dnů po aplikaci. Výjimečně byly popisovány změny barvy v místě vpichu, nekróza, absces, granulomy, přecitlivělost, hematomy. Obvykle se objevily v místě aplikace implantátu. V případě přetrvávání těchto symptomů déle než týden nebo objeví-li se jiné vedlejší projevy, neprodleně kontaktujte svého ošetřujícího lékaře.

Alternativy výkonu:

Alternativy ošetření kyselinou hyaluronovou jsou jakékoliv metody ke korekci vrásek.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Nejsou žádná omezení.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Po ošetření se nedoporučuje konzumace alkoholu, nadměrné používání mimiky, aplikace dekorativní kosmetiky po dobu 12 hodin. Pijte hodně tekutin. Nevystavujte se vysokým ani nízkým teplotám, nechoďte do solária a do sauny po dobu 2 týdnů po ošetření. Kůži ošetřujte běžnými krémy.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne:

Jmenovka a podpis lékaře:

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: Podpis pacienta (zákonného zástupce):

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: