

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM CHEMICKÉHO PEELINGU

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Zlepšení stavu pleti.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vaší žádosti provede **CHEMICKÝ PEELING**. 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:

Estetický výkon.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Cílem kosmetického ošetření je zlepšení stavu pleti a odstranění nedostatků jako jsou jemné vrásky, redukce akné. Současně ošetření vede k jasnějšímu a rovnoměrnému tónu pleti bez hyperpigmentací. Tohoto výsledku je dosaženo efektivním působením kombinace kyselin v použitých přípravcích.

Průběh výkonu:

1. vyčištění pleti
2. aplikace peelingu – doba působení dle citlivosti pleti
3. opláchnutí pleti
4. aplikace séra
5. aplikace aktivní složky peelingu
6. následné laserové ošetření
7. závěrečné nanesení zklidňujícího krému

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Ošetření může vést k zarudnutí a mírnému olupování ošetřené oblasti. Během ošetření a po ošetření se může objevit štípnutí, pálení, mírná bolestivost a pnutí pokožky. Tyto projevy vymizí během 2-3 dnů. Výjimečně mohou pacienti reagovat silněji a může se objevit dlouhodobější zarudnutí, puchýřky, otok, stroupky a dlouhodobější olupování. U pacientů, kteří mají sklon k oparům (herpes simplex), může dojít k jejich výsevu.

Alternativy výkonu:

Mezoterapie, laserové ošetření.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Po dobu asi 3 dnů doporučujeme necvičit, nesportovat, vyhýbat se prašnému prostředí, minimálně týden nenavštěvovat saunu, solária, bazény.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Pokožku ošetřovat jemně (žádné žínky nebo obličejové houbičky). Vyhýbat se expozici slunečnímu záření (používat maximální UV faktor). Používat pouze minerální make-up. Nemnout pokožku, nechat ji, aby se olupovala přirozeně. K dosažení nejlepších výsledků doporučujeme po ošetření používat přípravky navazující péče.

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: