

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM MICROBLADING OBOČÍ

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Estetická úprava obočí.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vaší žádosti provede **MICROBLADING OBOČÍ**. 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:

Metoda permanentního make-upu.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Dodá obočí tvar, odstín a hustotu.

Průběh výkonu:

Využívají se k tomu speciální čepelky s 18 jehličkami za sebou, kterými se barva nanáší do kůže. Není třeba se obávat bolestivosti zákroku, protože se nejedná o klasický řez, ale jen takové škrábnutí na povrchu pokožky. Součástí procedury je použití místního anestetika.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Během aplikace dochází k zarudnutí, eventuálně k otoku kůže, který během několika hodin mizí. Při microbladingu dochází k porušení kůže, proto není vhodný pro diabetiky ani pro osoby, které trpí problémy se srážením krve, mají epilepsii nebo onkologické onemocnění. Pozor je nutné dávat také při alergii na použité barvivo. Na mastné pleti se spoustou větších pórů nebude permanentní obočí dobře držet.

Alternativy výkonu:

Barvení obočí.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Po aplikaci se nedoporučuje návštěva solária, sauny nebo bazénu.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Jeden týden je nutné místo permanentního make-upu udržovat v čistotě, aby se do ran nezanesla infekce. Stroupky ošetřujeme doporučeným hojivým krémem např. Bepanthenem. Místo neumýváme, neaplikujeme žádné pleťové vody ani mléka. Až stroupky odpadnou, už žádná omezení nejsou. Několik dní po aplikaci a vypadání stroupků barva zesvětlá zhruba o 40%.

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: