



Imię i nazwisko:

Data:

## WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE ZABIEGU

---

(nazwa zabiegu oraz wykorzystany preparat)

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

- wskazaniach i przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu
- technice i sposobie 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
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu
- czasie utrzymywanie się osiągniętego rezultatu
- czasie po upływie, którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg
- typowych i najczęściej występujących następstwach i powikłaniach zabiegu
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Zabiegowiec poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Data:

Podpis osoby wykonującej zabieg:

Oświadczam, że otrzymałam/em rzetelne i zrozumiałe informacje na temat zabiegu. Zostały mi przekazane informacje na temat sposobu przygotowania się do zabiegu, jego przebiegu w gabinecie oraz pielęgnacji po zabiegowej. Otrzymałam/em informacje dotyczące: wskazań, przeciwwskazań do wykonania zabiegu, spodziewanych efektów, pochodzenia i sposobie działania użytych preparatów oraz możliwych powikłaniach po zabiegu.

Data:

Czytelny podpis:

Oświadczam, że poprzez podpisanie tego formularza potwierdzam, iż podane informacje dotyczące stanu mojego zdrowia są zgodne z prawdą, a w momencie zatajenia jakiegokolwiek informacji, biorę pełną odpowiedzialność za odmienny efekt końcowy, ewentualne działania niepożądane i powikłania.

Data:

Czytelny podpis:

