

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU ESTETYCZNEGO

ZGODA NA ZABIEG:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:

.....

Obszar poddany zabiegowi:

Preparat:

Oświadczam, że zostałam(em) wyczerpująco poinformowana(y) o:

- przeciwwskazaniach do zabiegu
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu
- potencjalnych reakcjach niepożądanych
- pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do zabiegu
- możliwych do osiągnięcia w moim przypadku efektów
- wszelkich następstw i możliwych powikłaniach po zabiegu
- sposobie postępowania po zabiegu
- czasie po upływie którego mogę wykonać kolejny zabieg
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny być zastosowane przed wykonaniem zabiegu. Osoba wykonująca zabieg udzieliła mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć na efekt zabiegu.

Poinformowano mnie także, że efekty uzależnione są od:

- stanu wyjściowego skóry i/ lub włosów (stopień zaawansowania problemu)
- rodzaju i jakości zabiegu (stosowane preparaty, technologie, technika wykonania)
- indywidualnej reakcji organizmu
- regularności i serii zabiegów (zaleconej przez specjalistę)
- stosowania zaleconej pielęgnacji domowej
- stylu życia

Poinformowano mnie także o całej procedurze przedzabiegowej, śródzabiegowej i omówiono szczegółowo zalecenia po zabiegu, zapoznał/-m się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać. Miał/-m możliwość zadawania pytań, a na każde z nich uzyskał/-m wyczerpującą odpowiedź.

Najczęstsze spotykane reakcje niepożądane po zabiegu:

- podrażnienia i zaczerwienienie
- obrzęk
- uczucie pieczenia
- zapalenie mieszków włosowych
- świąd i/ lub suchość
- zasinienia i krwiaki (dotyczy zabiegów igłowych)
- nadwrażliwość na światło
- miejscowe reakcje alergiczne

Reakcje niepożądane i ich charakter są indywidualne.

- Bezpośrednio po zabiegu
- Przez 3-5 dni
- Miesiąc po zabiegu
- Do momentu wygojenia skóry:

- należy ograniczyć ekspozycję słoneczną oraz korzystanie z sauny, solarium, siłowni i basenu
- należy unikać kontaktu z zanieczyszczeniami oraz środkami drażniącymi
- nie należy namaczać skóry
- należy zachowywać szczególną higienę
- należy unikać stosowania makijażu
- nie należy usuwać samodzielnie złuszczającego naskórka
- nie należy stosować peelingów
- nie należy pocierać skóry
- należy osuszać skórę jednorazowymi ręcznikami
- nie stosować produktów zawierających kwasy lub wysokie stężenia składników aktywnych bez konsultacji z kosmetologiem
- należy stosować wybrane przez kosmetologa produkty pozabiegowe
- nie należy stosować depilacji woskiem/pastą cukrową/pęsetą w obszarze poddanym zabiegowi
- nie należy wykonywać żadnych zabiegów z zakresu kosmologii oraz medycyny estetycznej
- nie należy stosować antybiotyków oraz leków przeciwzapalnych (wyjątek: paracetamol) – należy pominąć zalecenie w razie zagrożenia zdrowia
- nie należy pić alkoholu
- należy pić minimum 2,5l wody dziennie
- należy stosować dietę lekkostrawną

- należy stosować dietę o niższej zawartości węglowodanów zaś wyższej podaży białka i NNKT
- należy wykazywać regularną aktywność fizyczną

Przeciwwskazania do zabiegu:

- ciąża i karmienie piersią
- aktywne infekcje bakteryjne, wirusowe (np. opryszczka), grzybicze lub stan zapalny skóry
- aktywne procesy nowotworowe lub przebyta terapia onkologiczna (po konsultacji z lekarzem)
- nadwrażliwość na składniki preparatów stosowanych w zabiegu
- leki i zioła światłouczulające (np. retinoidy, antybiotyki, leki przeciwdepresyjne, leki przeciwhistaminowe, leki moczopędne rumianek, mięta, dziurawiec, pokrzywa), przeciwzakrzepowe czy immunosupresyjne
- choroby autoimmunologiczne (takie jak toczeń, łuszczyca w fazie aktywnej, choroby tarczycy)
- cukrzyca
- skłonność do bliznowacenia (blizny przerostowe, keloidy – przeciwwskazanie do zabiegów uszkodzających skórę (np. laserów czy mikrodermabrazji)
- aktywne stany zapalne w organizmie (gorączka, infekcje wirusowe lub bakteryjne)
- opalenizna skóry w obszarze poddawany zabiegowi
- rozrusznik serca lub metalowe implanty (przeciwwskazanie do zabiegów z użyciem fal radiowych czy magnetycznych)
- nadciśnienie i choroby serca
- zmiany skórne o nieznannej etiologii (wszelkie znamiona, guzki czy zmiany pigmentacyjne powinny być najpierw ocenione przez dermatologa)
- zabiegi na skórze w miejscu świeżych blizn czy ran są przeciwwskazane
- choroby zakaźne (HIV, WZW)
- zaburzenia czucia w okolicy zabiegowej
- inne poprzedzające zabiegi np. złuszczone, laserowe, z wykorzystaniem toksyny botulinowej, kwasu hialuronowego
- spożywanie alkoholu, stosowanie narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych
- epilepsja

Informacje przekazane mi były rzetelne, wyczerpujące i są one dla mnie w pełni jasne i zrozumiałe.

Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowana(y) przez kosmetologa przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia (jeżeli jest taka konieczność) w trakcie zabiegu omówionego ze mną podczas wizyty.

Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez osobę wykonującą zabieg przed przystąpieniem do niego a moimi oczekiwaniami.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuje się z gabinetem i osobą wykonującą zabieg w celu dalszej konsultacji.

Zgadzam się

Nie zgadzam się na wykonywanie dokumentacji fotograficznej w celu ułatwienia oceny i skuteczności. Zostałam(-em) poinformowana(-y), że zdjęcia mają charakter anonimowy i mogą zostać wykorzystane w social mediach gabinetu i specjalisty wykonującego zabieg.

Data i godzina - podpis osoby wykonującej zabieg

Data i godzina - podpis klienta

.....

.....

Naklejki produktowe: