



ul. Mickiewicza 31/2
36-100 Kolbuszowa
tel. 667 145 030

Zgoda na zabieg mezoterapii igłowej

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu mezoterapii igłowej preparatem:

.....

Przeciwwskazania do zabiegu:

- ciąża i laktacja
- obecność wirusa HIV lub WZW
- choroby o podłożu autoimmunologicznym (RZS, Hashimoto, SM, Łuszczyca, Toczeń rumieniowaty)
- alergie na składniki preparatu
- opryszczka - zalecana suplementacja Hascovirem 3-4 dni przed zabiegiem
- stany zapalne skóry
- terapie przeciwnowotworowe (5 lat po zakończeniu choroby można po konsultacji z lekarzem poddać się zabiegowi)
- epilepsja
- przyjmowanie leków rozrzedzających krew (Aspiryna, Heparyna, Acard, itp.)
- przyjmowanie Euthyrox w dawce powyżej 50. wymaga konsultacji z lekarzem
- antybiotykoterapia - 1 miesiąc po zakończonej kuracji
- cera naczynkowa - suplementacja witaminy C lub K lub arniki 1 tydzień przed zabiegiem
- alkohol na minimum 24h przed zabiegiem
- solarium oraz opalanie się min. tydzień przed zabiegiem
- wszelkie zabiegi rozgrzewające ciało: sauna, fitness, wysiłek fizyczny w dniu zabiegu

Spotykane reakcje niepożądane po zabiegu mezoterapii igłowej:

- zasinienia, siniaki powstałe wskutek miejscowego uszkodzenia naczynia krwionośnego
- rumień, świąd, pokrzywka
- zaczerwienienie, podrażnienie
- wszelkie formy reakcji alergicznych na produkty stosowane podczas zabiegu

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 do utrzymania osiągniętego efektu



ul. Mickiewicza 31/2
36-100 Kolbuszowa
tel. 667 145 030

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny być zastosowane na dni 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:

.....
.....
.....

(należy wymienić cechy pacjenta takie jak np. wiek, stan skóry oraz inne cechy, które mogą wpłynąć na efekt zabiegu)

Poinformowano mnie także o całej procedurze przed zabiegowej, która ma przebieg w sposób następujący:

- szczegółowy wywiad
- demakijaż
- peeling skóry
- jeżeli istnieje taka potrzeba, aplikacja maści znieczulającej
- dobranie odpowiedniego, sterylnego koktajlu do wykonania zabiegu
- dezynfekcja skóry przed zabiegiem
- iniekcja sterylną igłą i strzykawką
- dezynfekcja skóry po zabiegowa
- aplikacja żelu/kremu łagodzącego

Osoba wykonująca zabieg poinformowała mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdej osoby.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań po wykonaniu zabiegu.

Przed przystąpieniem do zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zadawano mi w trakcie wywiadu kwalifikacyjnego do zabiegu odnośnie:

- mojego stanu zdrowia
- istnienia/ braku ciąży
- przyjmowania leków
- przebytych zabiegów medycznych

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.

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.

W trakcie rozmowy miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu i udzielono mi satysfakcjonujących odpowiedzi.

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

Data i podpis osoby wykonującej zabieg

Data i podpis klienta

.....

.....