

# Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu kwasem hialuronowym

Imię i nazwisko pacjenta: .....  
Data urodzenia: ..... Telefon kontaktowy: .....  
Adres: .....  
Adres mailowy: .....

## Informacje o zabiegu:

Zabieg z użyciem kwasu hialuronowego linii Restylane jest oparty na podaniu substancji metodą iniekcyjną w celu korekcji zmarszczek, bruzd, powiększenia ust, kształtowania konturów i owalu twarzy oraz zapewnienia długotrwałej rewitalizacji skóry twarzy, szyi, dekoltu i dłoni. Lekarz wraz z pacjentem planuje przed zabiegiem, jakie okolice zostaną poddane zabiegowi, jakimi preparatami i w jakiej ilości. Rezultat zabiegu oraz czas utrzymywania się efektu nie jest identyczny u każdej osoby - jest uzależniony od indywidualnych predyspozycji pacjenta oraz rodzajów produktów, ich ilości, okolicy i metody podania. Zabieg powinien być przeprowadzony przez uprawnionego lekarza.

Zabieg będzie wykonany w okolicach przy pomocy produktu (wpisuje pacjent): .....

## Oświadczam, że zostałem wyczerpująco i jasno poinformowany o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, w szczególności: przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych lub trombolitycznych, zaburzenia krwawienia, choroby autoimmunologiczne, alergia na zastosowaną substancję, w przypadku kobiet dodatkowym przeciwwskazaniem jest: ciąża, karmienie piersią
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wykonania znieczulenia do zabiegu
- pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatów/produktów leczniczych, które zostaną użyte do wykonania zabiegu
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu oraz możliwym czasie utrzymywania się rezultatu
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu oraz czasie, kiedy kolejny zabieg powinien być przeprowadzony
- występujących następstwach i powikłaniach po zabiegu w przypadku zabiegu wykonywanego produktem Restylane, Restylane Lidocaine, Restylane Lyft, Restylane Lyft Lidocaine, m.in.: 1/1 000-1/10 000 przypadków: obrzęk; 1/10 000-1/50 000 przypadków: sinienie, odbarwienia, rumień, infekcje, reakcje zapalne, niedokrwienie/ martwica, rozrost tkanki, ból/tkliwość, guzki/grudki; 1/50 000-1/100 000 przypadków: reakcje nadwrażliwości, stwardnienie, objawy neurologiczne, takie jak parestezja, świąd, krótkotrwałe efekty zabiegu; <1/100 000 przypadków: ropień, trądzik, obrzęk naczyńioruchowy, atrofia/bliznowacenie, pęcherze, zmiany naczyniowe takie jak teleangiektazje, zapalenie skóry, przemieszczenie implantu, przetoka, ziarniniak, wysypka, reaktywacja zakażenia opryszczkowego, pokrzywka, zaburzenia widzenia
- występujących następstwach i powikłaniach po zabiegu w przypadku zabiegu wykonywanego produktem Restylane Fynesse, Restylane Refyne, Restylane Defyne, Restylane Kysse, Restylane Volyme, Restylane Lyps Lidocaine, Restylane SubQ, Restylane SubQ Lidocaine, m.in.: obrzęk naczyńioruchowy, atrofia/bliznowacenie, pęcherze, sinienie, zmiany naczyniowe takie jak teleangiektazje, zapalenie skóry, odbarwienie, rumień, reakcje nadwrażliwości, stwardnienie, infekcje, stany zapalne, niedokrwienie/martwica, rozrost tkanki, objawy neurologiczne, takie jak parestezje, ból/tkliwość, guzki/grudki, świąd, reaktywacja zakażenia opryszczkowego, krótkotrwałe efekty zabiegu, obrzęki, pokrzywka, ropień, trądzik, przemieszczenie implantu, przetoka, ziarniniak, wysypka lub zaburzenia wzroku
- występujących następstwach i powikłaniach po zabiegu w przypadku zabiegu wykonywanego produktem Restylane Skinboosters Vital, Restylane Skinboosters Vital Lidocaine, Restylane Skinboosters Vital Light, Restylane Skinboosters Vital Light Lidocaine, m.in.: 1/10 000-1/50 000 przypadków: rumień, reakcje zapalne, ból/tkliwość, guzki/grudki, obrzęk; 1/50 000 - 1/100 000 przypadków: sinienie, stwardnienie; <1/100 000 przypadków: ropień, trądzik, atrofia/bliznowacenie, pęcherze, zapalenie skóry, odbarwienia, ziarniniak, reakcje nadwrażliwości, infekcje, niedokrwienie/martwica, rozrost tkanki, objawy neurologiczne, takie jak parestezje, świąd, wysypka, reaktywacja zakażenia opryszczkowego, krótkotrwałe efekty zabiegu, teleangiektazje, pokrzywka
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu. Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu zabiegu.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie: mojego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii, trwającej terapii chorób przewlekłych, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów.

Oświadczam, że zatajenie którejkolwiek z wymienionych informacji traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała. Jestem świadomy, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałem poinformowany przez lekarza przed wykonaniem zabiegu może nie stanowić podstawy do wnoszenia roszczeń. Jestem również świadomy, że rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami, nie musi być podstawą roszczeń.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zrobienie zdjęć przed i po zabiegu w celu udokumentowania uzyskanych efektów. Przyjmuję do wiadomości, że zdjęcia będą stanowiły część dokumentacji medycznej i będą podlegać odpowiedniej ochronie prawnej.  TAK  NIE  
Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe, w tym dane o moim stanie zdrowia będą przetwarzane przez administratora danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do udzielania mi świadczeń opieki zdrowotnej z poszanowaniem wszelkich wymogów prawnych, dotyczących w szczególności ochrony danych osobowych przed dostępem osób trzecich.

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym dotyczącym przetwarzania moich danych osobowych przez administratora danych.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą, dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu.



**Notatki**

---

data i podpis lekarza

Niniejszy formularz został opracowany jako wsparcie dla lekarzy i nie jest wiążącym wzorem dokumentu.  
Firma Galderma Polska Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności w związku z wykorzystaniem formularza.

*Restylane* *Restylane*  
SKINBOOSTERS