

INFORMOVANÝ SÚHLAS SO ZÁKROKOM

u plnoletého a spôsobilého pacienta

Informovaný súhlas s prevedením chemického peelingu BioRePeelCl3	
Pacient(ka) – meno a priezvisko:	Rodné číslo (číslo poistenca):
Dátum narodenia (rodné číslo):	Telefón:
Adresa trvalého pobytu pacienta :	

Informujúci lekár:

Na základe konzultácie s ošetrovateľným lekárom ste sa rozhodol / a pre kozmetické ošetrovanie pleti chemickým peelíngom. Chemický peelíng je vysoko účinnou metódou starostlivosti o pleť.

Ošetrovanie prípravkom - BioRePeelCl3 - Vám vykoná lekár

Chemický peelíng nie je vhodný v tehotenstve, pri dojčení, autoimunitných chorobách, pri opakovaných infekciách typu herpes simplex, možno vykonať len so súhlasom lekára u seborhoickej alebo atopickej dermatitídy, rozacey, na pigmentové névy alebo útvary neistého pôvodu. Ak v čase plánovaného ošetrovania prebieha akútne ochorenie typu viróza alebo bakteriálneho zápalu dýchacích ciest, nemôže byť peelíng vykonaný.

Ošetrovanie sa skladá z niekoľkých kúr. Pred aplikáciou informujte lekára o používaných prípravkoch na ošetrovanie pleti. Pri ošetrovaní Vám bude na pokožku po očistení aplikovaný prípravok BioRePeelCl3. Aplikácia prípravku sa môže prejavíť miernym svrbením a pálením. Následne bude pleť ošetrovaná upokojujúcim krémom. Nedodržanie pokynov lekára môže mať za následok zhoršené hojenie, väčšiu intenzitu zápalu a riziko infekcie kože, najzávažnejšie riziko je vznik zvýšenej alebo zníženej pigmentácie ošetrovanej pokožky v prípade, ak sa budete následne po aplikácii nadmerne vystavovať silnému UV žiareniu bez ochrany.

Po zákroku môžete byť čiastočne obmedzení v pracovných, rekreačných a spoločenských aktivitách. Zákrok väčšinou nevyžaduje práceneschopnosť. Pár dní po ošetrovaní môžete zaznamenať jemné olupovanie pokožky. Po ošetrovaní je nutné používať regeneračný krém vhodný a doporučený výrobcom po ošetrovaní BiorepeelCl3 viackrát za deň. Ošetrované miesta chráňte pred slnkom, ak ste vystavená UV žiareniu. **Po aplikácii chemického peelíngu je nutné vyvarovať sa nasledujúcich činností po dobu najmenej 72 hodín: neopaľovať sa, nemeniť teplotu prostredia, nevykonávať nadmernou fyzickú námahu.** Akékoľvek nežiadúce reakcie ihneď oznámte osobe, ktorá peelíng vykonávala.

Pacient sa slobodne rozhodol o postupe pri poskytovaní zdravotníckych služieb.

Pacient potvrdzuje a svojím podpisom potvrdzuje, že poučenie mu bolo vyššie uvedeným lekárom osobne, zrozumiteľne, ústne a v dostatočnom rozsahu vysvetlené, že mal čas a možnosť je uvážiť, porozumel mu a mal aj možnosť klásť doplňujúce otázky, ktoré sa vzťahujú k jeho zdravotnému stavu a navrhovaným zdravotným službám a tieto mu boli zrozumiteľne a v dostatočnom rozsahu zodpovedané a že už predtým bol oboznámený so svojím zdravotným stavom. Pacient nezamíchal žiadne informácie o svojom zdravotnom stave.

Pacient tiež potvrdzuje a svojím podpisom potvrdzuje, že mu bol vysvetlený dôvod, predpokladaný prospech, potenciálne riziká komplikácie výkonu, boli mu tiež vysvetlené možné alternatívy výkonu a zdravotné dôsledky jeho neuskutočnenia a nemá žiadne nejasnosti.

Pacient ďalej potvrdzuje a svojím podpisom potvrdzuje, že súhlasí s navrhovanou starostlivosťou a s uskutočnením výkonu a že mu tiež bolo vysvetlené, že v prípade výskytu neočakávaných komplikácií vyžadujúcich neodkladné vykonanie ďalších výkonov potrebných k záchrane života alebo zdravia, budú tieto výkony vykonané.

Miesto podpisu:

Dátum a čas:

Podpis lekára: _____

Podpis pacienta: _____