

INTERVENČNÁ ZMLUVA INFORMATÍVNY SÚHLAS S OŠETRENÍM

Meno, priezvisko -

Ulica, nie -

Mesto, PSČ -

Telefón

E-mail

ďalej len "expert"

A

Meno, priezvisko -

Ulica, nie. -

Mesto, PSČ -

Narodeniny -

Tel:

e-mail

ďalej len "Zákazník"

[1] PREDMET ZÁKAZKY

Predmetom Zmluvy je zaobchádzanie s plazmovým prístrojom, ktoré vykoná znalec v súlade s nasledujúcimi podmienkami: Špecialista sa zaväzuje riadne vykonať požadovaný postup zákazníka v súlade s hygienickými a technickými predpismi v dohodnutej oblasti pokožky pacienta.

Zákazník sa zaväzuje zaplatiť Špecialistovi cenu procedúry vo výške ihneď po schválení výsledkov konania.

Schválenie výsledkov postupu sa získa písomne ihneď po tom, ako postup vykoná odborník.

Všetky prípadné vady musia byť okamžite zdokumentované.

[2] ZDRAVOTNÉ PROBLÉMY

Aby ste mohli optimálne vykonať postup, žiadame vás, aby ste odpovedali na nasledujúce otázky týkajúce sa vášho zdravia:

Trpíte nižšie uvedenými ochoreniami alebo užívate nižšie uvedené lieky?

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| Hemofília (porucha zrážania krvi). | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| Hepatitída A, B, C, D, E, F | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| ste HIV pozitívny | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| Kožné ochorenie | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| Ekzémy | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| Alergia | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| Autoimunitné ochorenie | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| Ste náchylný na herpes infekcie | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| Infekčné choroby/triaška | <input type="checkbox"/> áno. | <input type="checkbox"/> nie |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| Akútne vaskulárne/srdcové problémy | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| Riedenie krvi | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| Ste tehotná? | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| Áké lieky užívate pravidelne? | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| Máte kardiostimulátor | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| Užívali ste lieky, alkohol alebo drogy
za posledných 24 hodín; | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| Podstúpili ste chirurgický zákrok, ožarovanie alebo iné
lekárskych ošetrení za posledných 14 dní? | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |

Pacienti trpiaci nasledujúcimi ochoreniami nemajú byť liečení prístrojom. Trpíte jednou z nižšie uvedených chorôb?

- | | |
|--|---------------------------------|
| Rakovina | <input type="checkbox"/> nie |
| Psychóza | <input type="checkbox"/> nie |
| Epilepsia (bolesť môže spôsobiť záchvaty). | <input type="checkbox"/> nie |
| Tehotenstvo /dojčenie !!! | <input type="checkbox"/> nie je |
| Srdcové choroby alebo kardiostimulátor | <input type="checkbox"/> nie |
| Tvárový implantát | <input type="checkbox"/> nie |

Ochrana osobných údajov

Tieto informácie sú dôverné a chránené. V prípade poskytnutia nepravdivých informácií Zákazníkom nie je znalec zodpovedný za priebeh a výsledok konania.

Súhlasím s tým, že budem fotografovať a video z procedúry a neskôr ich použijem na propagačné účely.

áno, celá tvár

áno, iba časť, ošetrená oblasť

nie

[3] POSKYTOVANÉ SLUŽBY (ukončené expertom)

Zákazník týmto súhlasí s vykonaním nasledujúcich postupov:

Korekcia jaziev

Redukcia vrások

Odstránenie trvalého make-upu

Odstránenie pigmentových škvŕn na pokožke

Lifting viečka

Iné ošetrovanie :

Dátum:

Poznámky:

[4] ZÁRUKA

Poskytovateľ zodpovedá iba škody len v prípade hrubej nedbanlivosti a úmyselného zavinenia, ako aj v prípade ujmy na zdraví spôsobenej nevedomou nedbanlivosťou v súlade s ustanoveniami platných právnych predpisov. V ostatných prípadoch je poskytovateľ zodpovedný len vtedy, ak svojou vlastnou vinou poruší podstatné zmluvné záväzky a pravidlá. Právo na náhradu škody spôsobenej porušením základných ustanovení zmluvy je však obmedzené na výšku odhadovanej škody typickej pre podobné zmluvy, pokiaľ súčasne nenastanú iné skutočnosti uvedené v odseku 1. 1 alebo 2. Ustanovenia tohto článku sa vzťahujú na všetky nároky na náhradu škody bez ohľadu na právne dôvody, napríklad v súvislosti s nedostatkami, porušeniami povinností alebo pochybením. Prenos bremena prevzatia dôkazov na Zákazníka sa nevzťahuje na vyššie uvedené ustanovenia.

[5] VYSVETLENIE PRE ZÁKAZNÍKA

Odborník dôkladne a podrobne informoval Zákazníka o rizikách postupu aplikovania plazmy. Zákazník bol okrem iného informovaný o nasledujúcich rizikách:

1. Použitie plazmy vždy znamená poranenie povrchu pokožky. Jemne a dôkladne sa postarajte o pokožku, aby proces hojenia prebiehal bez komplikácií. Nedostatočná starostlivosť o pleť počas procesu hojenia po aplikovaní môže spôsobiť zhoršenie dosiahnutých výsledkov, za ktoré špecialista následne nezodpovedá.
2. Minimálne a maximálne trvanie účinkov postupu nie je možné presne určiť ani zaručiť. Akákoľvek ďalšia liečba je možná až po 8 týždňoch, keď sa fáza hojenia skončí.
3. Hoci použité metódy sú najmodernejšie, v niektorých výnimočných prípadoch sa vyskytujú alergické reakcie. Zákazník to berie na vedomie a preberá za to osobnú zodpovednosť.
4. Počas alebo po zákroku plazmy sa môže dočasne vyskytnúť opuch, začervenanie a/alebo svrbenie. Z praxe je známe, že tieto prejavy zmiznú po krátkom čase. Treba s nimi rátať vopred tak ako treba aj rátať s následným hojením, ktoré prebieha individuálne 1-2 týždne.
5. V závislosti od vlastností kože je možné následne vidieť začervenanie na koži niekoľko týždňov po hojení.
6. Každá koža je iná. Preto nie je možné zaručiť dĺžku hojenia a aktivitu, účinnosť tohto postupu.
7. Pri používaní plazmy, napriek dodržiavaniu všetkých pravidiel a najvyššej kvalifikácie špecialistu, môže dôjsť k zraneniu, preto sa vyžaduje maximálna súčinnosť s pacientom.

POČAS NASLEDUJÚCICH 14 DNÍ MUSÍ ZÁKAZNÍK DODRŽIVAŤ TIETO PRAVIDLÁ

POSTPROCEDURÁLNA STAROSTLIVOSŤ:

Od prvého dňa a počas tvorby chrastičiek (zvyčajne do 5-9 dní) sa nemôže ošetrená oblasť vlhčiť, močiť a aplikovať make-up. Neagresívny tonik na očistenie používajte 1-2 krát denne!!! Keď máte výrazný pocit, že sa pokožka mastí, musíte aplikovať krém. V iných prípadoch používame metódu suchého hojenia pokožky.

Plávanie, návšteva sauny, šport (kvôli potu) po 14 dní po zákroku sú zakázané.

Je zakázané navštíviť solárium a opaľovať sa po 3 mesiace vzhľadom aj na možnosť vzniku pigmentových škvŕn!

Ošetrená oblasť pokožky nesmie prísť do kontaktu s vodou, mydlom, kozmetikou alebo podobnými prostriedkami, pokožky sa nedotýkajte prstami. Na starostlivosť po liečbe sa môžu použiť len odporúčané produkty, ktoré doporučuje ošetrojúci lekár.

ŠPECIALISTA NEZODPOVEDÁ ZA NÁSLEDNÚ NESPRÁVNNU POST DOMÁCU A LEKÁRSKU STAROSTLIVOSŤ.

[6] ODDĚLITELNOST

Ak sa ktorékoľvek z ustanovení tejto dohody stane neplatným, platnosť ostatných ustanovení nebude ovplyvnená. Neplatné ustanovenie sa nahradí iným ustanovením, ktoré svojím obsahom zodpovedá zámerom zmluvných strán.

[7] PRÁVOMOC

Miestne príslušným súdom je

Vyhlasujem, že som si prečítal obsah zmluvy a že jej rozumiem. Dostal som vyčerpávajúce odpovede na všetky moje otázky. Podrobne som opísal postup postupu, nasledujúcu starostlivosť a bol som oboznámený so všetkými výrobkami. Týmto s touto informáciou súhlasím. Nemám žiadne ďalšie otázky ani námietky.

Týmto potvrdzujem, že som dostal informácie týkajúce sa post-lekárskej starostlivosti.

SCHVÁLENIE VÝSLEDKOV ZÁKAZNÍKOM

Dôkladne som preskúmal výsledky postupu a vyhodnocoval ho ako bezchybný.

V... Deň... Podpis zákazníka

V... Deň... Podpis a pečiatka