

Informovaný souhlas o provedení chirurgického zákroku

Typ výkonu:

Já níže podepsaná/y:

Jméno a příjmení klienta: Narozen:

Bytem v:

..... Kontaktní telefonní spojení:

Typ zákroku ke kterému je informovaný souhlas vydáván:

Souhlasím a svoluji:

1. Že se svobodně a vědomě podrobím chirurgickému zákroku v oblasti estetické chirurgie na soukromé Klinice estetické medicíny Asklepon. S výkonem, jeho operačním postupem, průběhem léčení v plné míře podaných informací souhlasím. Veškerou dokumentaci potřebnou k provedení zákroku, kterými jsou: Návrh léčebného plánu s podrobným rozpisem ceny, Poučení o daném typu zákroku a Informovaný souhlas s operačním výkonem jsem obdržel/a. Všem poskytnutým informacím v celém obsahu rozumím a souhlasím s nimi, vše podepisuji svobodně a dobrovolně.
2. Že mi bude zákrok proveden s řádnou péčí, opatrností, s využitím veškerých schopností a zkušeností lékařů i statního ošetřujícího personálu, v souladu s nejmodernější praxí, vědeckými a technologickými znalostmi.
3. S provedením případných změn a úprav operačního postupu vzniklého v důsledku neočekávaných skutečností nebo mimořádných podmínek, lékaře k tomuto postupu zmocňuji.
4. Nadále se skutečnost, že konečný výsledek zákroku bude viditelný až s odstupem času, nejdříve po době několika měsíců. To vše z důvodu regenerace a zklidnění operovaných tkání. Rovněž souhlasím s tím, že může být nezbytné provést konečné „dodatečné úpravy“ v důsledku takzvaných „individuálních změn“.
5. Dále se zavazuji, že se nechám ošetřovat ve standardních pooperačních kontrolách, na které budu v doporučených, pravidelných intervalech docházet, to vše podle ordinací ošetřujícího lékaře. Respektuji tu skutečnost, že vše je vedeno za účelem dosažení co nejlepšího a úspěšného výsledného efektu zákroku.
6. Akceptuji a beru tímto na vědomí, že lékař a jeho tým ostatního zdravotnického personálu při výkonu své práce nemohou nést vinu za komplikace obecného, či individuálního charakteru, ke kterým může dojít, protože lékař zaručuje maximální serióznost a odbornou kvalifikaci požadovanou pro provádění zákroku.
7. Souhlasím a schvaluji použití implantátů nutných k provedení výkonu, byl jsem důkladně poučen/a o možných problémech týkajících se implantovaného materiálu.
8. Souhlasím se zveřejněním fotografií pro populární – vzdělávací účely.
9. Svým podpisem stvrzuji, že jsem lékař a ošetřujícímu týmu nezatajil/a žádné potřebné informace, které by mohly mít za následek případné komplikace /onemocnění chronického charakteru, stavy po jiných operacích, úrazech, přítomnost implantátů, apod./, či by mohly vést k nekvalitnímu výsledku výkonu.
10. Jsem si vědom/a možných následků v případě porušení, či nedodržení všech pokynů před, během i po výkonu, tak, jak mi bylo před operací sděleno, vysvětleno a předáno lékařem.

Jméno a příjmení lékaře:

Jméno a příjmení klientky/ta:

Podpis:

Podpis:

V..... dne:.....