

Warszawa, dnia

Formularz świadomej zgody na udzielenie świadczeń medycznych z zakresu chirurgii plastycznej (liposukcji/liposukcji laserowej/przeszczepu tłuszczu)

Ja niżej podpisany/a,
urodzony/a dnia..... w legitymujący/a się dowodem
osobistym o numerze, pesel będąc świadomy/a
podejmowanej decyzji, po rozmowie z dr, wyrażam dobrowolną, świadomą
zgoda i proszę o przeprowadzenie u mnie
operacji przez dr
.....
w znieczuleniu

Zostałem/am w sposób wyczerpujący poinformowany/a o wskazaniach do zabiegu jak
i o innych możliwościach i sposobach leczenia. Poinformowano mnie o zakresie i rodzaju operacji,
przewidywanym wyniku, okresie leczenia i wszelkich możliwych powikłaniach miejscowych
i ogólnych jak i warunkach, w których zabieg będzie wykonywany.

Wiem, że pozostaną trwałe blizny, istnieje możliwość powstania krwiaka lub seromatu
(zbierania się płynu tkankowego), zakażenia rany, przedłużonego gojenia rany aż do martwicy
części tkanek włącznie. Może również wystąpić pogorszenie czucia w okolicy operowanej. Mogą
pojawić się powikłania związane ze znieczuleniem, o czym informował mnie anestezjolog. Mogą
pojawić się także powikłania ogólne takie jak : zakrzepica żylna, zator tłuszczowy, a w wyjątkowo
niesprzyjających okolicznościach może dojść do zagrożenia życia.

Liposukcji może towarzyszyć: powstanie zasinień, nierówności w miejscu odsysanym,
wiotkość skóry, blizny w miejscach wprowadzenia kaniuli, powstanie zbiorników płynu tkankowego
lub krwiaka. Z kolei w przypadku liposukcji laserowej może powstać punktowe oparzenie skóry,
gojenie przebiega z większym stwardnieniem – obkurczeniem tkanek. Ostateczny wynik zabiegu
może być oceniany po 4-6 miesiącach. W razie niezastosowania się do zaleceń pooperacyjnych czyli
do noszenia ubranka uciskowego i stosowania masażu, mogą wystąpić nierówności, zbieranie się
płynu jak i przedłużony okres gojenia.

W przypadku przeszczepiania tłuszczu należy liczyć się z utratą jego objętości sięgającą do
40%, możliwością powstania zasinień, obrzęków, torbieli oleistych, jak i punktowej martwicy
tłuszczowej w postaci zgrubień (szczególnie przy przeszczepianiu większej ilości tkanki tłuszczowej).
Ostateczny wynik osiągnany jest po ok. 4-6 tygodniach, a ewentualne następne dostrzyknięcie tkanki
tłuszczowej możemy przeprowadzić nie wcześniej niż po 4 miesiącach.

Przyjmuję do wiadomości, że medycyna nie jest nauką ścisłą i w związku z tym mimo
najlepszej wiedzy i chęci można nie osiągnąć zaplanowanego rezultatu. Mogą pojawić się także
nieprzewidziane powikłania a nawet pogorszenie wyglądu. W związku z tym wynik nie może być
gwarantowany i może być konieczne wykonanie operacji uzupełniającej.

Wyrażam zgodę na przetoczenie krwi jeżeli wystąpi taka konieczność. Wyrażam zgodę
na wykonanie zdjęć fotograficznych koniecznych do celów dokumentacji medycznej.

Wyrażam / nie wyrażam*, zgody na publikację moich zdjęć w literaturze fachowej pod
warunkiem nierozpoznawalności mojej osoby.

***niepotrzebne skreślić**

W przypadku przeprowadzenia operacji zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, a nie uzyskania przeze mnie spodziewanego wyniku nie będę z tego tytułu rościć żadnych pretensji.

W przypadku powikłań nie zawinionych przez lekarza, koszty ich leczenia poniosę we własnym zakresie.

Oświadczam, że jestem zdrowy/a, nie mam żadnych ognisk infekcji: zęby, zatoki, drogi moczowe, narządy płciowe i inne. Wiem, że zatajenie tych informacji może być przyczyną powikłań.

Podałem/łam wszystkie dane na temat przebytych operacji i chorób oraz leków aktualnie przyjmowanych. Odpowiedzialność za zatajenie informacji biorę na siebie.

Wykonałem/łam wszystkie zlecone do zabiegu badania: grupa krwi, morfologia, elektrolity, układ krzepnięcia, mocznik, kreatynina, badanie ogólne moczu, EKG, rtg płuc, HCV, HBS.

Zostałem/łam poinformowany/a o możliwości wykonania szczepienia przeciw żółtaczce typu B

- zaszczepiłem/łam się

- nie zaszczepiłem/łam się /ponieważ szczepienie nie jest obowiązkowe/a skutki wynikające z tej decyzji biorę na własną odpowiedzialność.

W ciągu ostatnich sześciu miesięcy :

- byłem/łam operowany/a.....

- miałem/łam przetaczaną krew / preparaty pochodne krwi/.....

- miałem/łam wykonywane zabiegi stomatologiczne

- miałem/łam wykonywane zabiegi kosmetyczne

- miałem/łam wykonywane zabiegi medycyny estetycznej

- pobierano mi krew na badania

Zostałem/łam poinformowany o trybie sprawowania opieki pooperacyjnej na którą wyraziłem/łam zgodę i otrzymałem/łam zalecenia pooperacyjne. W trakcie rozmowy z dr zadałem/łam interesujące mnie pytania, na które uzyskałem/łam wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Ponadto wyrażam zgodę na wykonanie oprócz w/w zabiegu, także wszelkich innych niemożliwych do przewidzenia procedur, koniecznych do osiągnięcia zaplanowanego rezultatu lub usunięcia wynikłych w trakcie operacji nieprawidłowości. W sytuacji wystąpienia u mnie w trakcie zabiegu stanu ograniczenia świadomości uniemożliwiającego w pełni świadome podejmowanie decyzji, wyrażam też zgodę na wykonanie u mnie kolejnych operacji, które zespół lekarski uzna za niezbędne.

Jestem świadomy/a, że operator ma prawo do odwołania operacji lub jej przełożenia, może też zlecić wykonanie kontroli innemu specjalście. Moja zgoda jest dobrowolna i nie wywierano na mnie żadnego nacisku ani nie namawiano do zabiegu. Oświadczam, że nie zataiłem przed lekarzem żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg leczenia i jego wynik. Moja motywacja do zabiegu jest świadoma. Zgody udzielam w pełni świadoma, nie będąc pod wpływem leków ani żadnych innych środków.

Oświadczam, że będę przestrzegać wszelkich otrzymanych zaleceń lekarskich, zgłoszę się na wyznaczoną kontrolną wizytę lekarską. Nie będę prowadził pojazdów przez 24 godziny po wykonanym zabiegu operacyjnym.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałem/am uważnie i zrozumiałem/am treści zawarte w powyższym formularzu. Oświadczam również, iż cel zaproponowanego zabiegu operacyjnego, oraz dające się przewidzieć ryzyko z nim związane oraz rokowanie, zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadowalający.

Podpis pacjenta:

Osoba upoważniona do udzielenia informacji Tel.

Niniejszym potwierdzam, że poinformowałem wyczerpująco pacjenta o celu wyżej wymienionego zabiegu operacyjnego, jak i o ryzyku z nim związanym.

Podpis lekarza:

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH - NEWSLETTER:

Chcę zapisać się na newsletter, a co za tym idzie, wyrażam zgodę na sporadyczne przesyłanie na mój adres e-mail informacji o nowościach, promocjach i wydarzeniach pochodzących od Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki, ul. Nasturcjowa 6, 03-989 Warszawa. Wiem, że w każdej chwili będę mogła/mógł wycofać zgodę.

e-mail:

Podpis:

Chcemy działać zgodnie z prawem, dlatego przekazujemy Ci komplet informacji związanych z ochroną Twoich danych osobowych:

- administrator danych osobowych: Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki, ul. Nasturcjowa 6, 03-989 Warszawa, e-mail: gabinet@drwitwicki.pl,
- cel przetwarzania danych: wysyłka newslettera,
- odbiorca danych: Freshmail – dostawca systemu Freshmail, w którym przetwarzane są dane,
- podstawa prawna przetwarzania danych: art. 6 ust. 1 lit. a RODO,
- dane będą przetwarzane przez czas funkcjonowania newslettera, chyba że wcześniej zrezygnujesz z jego otrzymywania, co spowoduje usunięcie danych,
- masz prawo do: żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w celu wysyłki newslettera, wniesienia skargi do organu nadzorczego, podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne, by otrzymywać newsletter