



GAUDIA MED

MEDYCYNA ESTETYCZNA

📍 Makowa 14; 30-650 Kraków

☎ 791 776 157

✉ Gab@GaudiaMed.pl

🌐 www.GaudiaMed.pl

📷 @GaudiaMed

**INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA ZABIEG MEDYCYNY
ESTETYCZNEJ/REGENERACYJNEJ**

Ja (imię i nazwisko) _____ PESEL _____ Wyrażam
zgode na wykonanie zabiegu _____ (dokładna nazwa
zabiegu)

Zostałam(em) wyczerpująco i jasno poinformowana(y) o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu
- technice i sposobie znieczulenia do zabiegu
- typowych i najczęściej występujących następstwach i powikłaniach zabiegu i znieczulenia
- pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatów/produktów leczniczych, które zostaną użyte do wykonania zabiegu
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu
- czasie utrzymywanie się osiągniętego rezultatu
- czasie po upływie, którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg
- typowych i najczęściej występujących możliwych do przewidzenia następstwach i powikłaniach zabiegu
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się (w warunkach domowych) do zabiegu oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane przed wykonaniem zabiegu. Lekarz udzielił mi również informacji, że pominięcie przygotowań (w warunkach domowych) do wykonania zabiegu może wpłynąć na efekt zabiegu. Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu uzależnione są od predyspozycji osobistych.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. 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 udzieliłam(em) 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
- istnienia/braku ciąży
- 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 świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zastałam(em) poinformowana(y) przez lekarza przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.

Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r., (tj. DzU 2008 r., nr 136, poz. 857), lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach planowanych czynności medycznych. W związku z powyższym oświadczam, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne i których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie będzie z mojej strony przedmiotem roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania zabiegu. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących próbowanego zabiegu.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych gabinetu Gaudia Med, ul Makowa 14, 30-650 Kraków, a także na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Placówki. Powyższe dane będą przechowywane w dokumentacji medycznej 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez ww. podmiot, w celu zbierania danych, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek.

(Zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO”)

Kraków, data.....

Podpis

ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na zamieszczenie przez lek Patrycję Kojm mojego wizerunku utrwalonego podczas zabiegu medycyny estetycznej w dniu, którego byłam/em uczestnikiem, na platformach social media w celu autopromocji.

Zostałam/am poinformowany/a, że podanie danych jest dobrowolne i przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.

Kraków, data.....

Podpis