FORMULARZ ZGODY NA WYKONANIE ZABIEGU

Imię i Nazwisko ……...

Adres ……....

Telefon…….

Data Urodzenia ……

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:

Nazwa zabiegu ……..

Data wykonania zabiegu ……..

Ogólny stan zdrowia pacjenta:

Czy aktualnie się Pani/Pan na coś leczy?	**Tak/Nie***	Jeśli tak to na co? …….. ……
Uczulenia	**Tak/Nie***	Jakie? …….. ……
Czy występują u Pani/Pana - duszności, - pokrzywka, - obrzęki, - swędzenie,	**Tak/Nie*** **Tak/Nie*** **Tak/Nie*** **Tak/Nie***	
Czy miał/a Pan/Pani epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?	**Tak/Nie***	Ostatnie zasłabnięcie miało miejsce w dniu? ……
Czy posiada Pani/Pan rozrusznik serca?	**Tak/Nie***	
Czy posiada Pani/Pan jakiekolwiek metalowe implanty?	**Tak/Nie***	
Czy choruje Pani/Pan na choroby przewlekłe?	**Tak/Nie***	Jeśli tak to jakie? …….. ……...
Czy w ciągu ostatnich 24 godzin Pani/Pan piła/pił alkohol lub spożywała/ł narkotyki?	**Tak/Nie***	
Czy przyjmuje Pani/Pan aspirynę lub leki przeciwzakrzepowe?	**Tak/Nie***	

NZOZ Centrum Medyczne eMKmed
Ul. Por. Jana Białka 3 i 5
05-530 Góra Kalwaria
www.emkmed.pl; e-mail: kontakt@emkmed.pl

Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna?	**Tak/Nie***	
Czy ma Pani/Pan skłonność do nieprawidłowego gojenia się skóry, tworzenia blizn?	**Tak/Nie***	
Czy w ostatnich 7 dniach były wykonane jakiekolwiek inne zabiegi (na skórze, w miejscu, które ma być poddane zabiegowi?)	**Tak/Nie***	Jeśli tak, to jakie? …… …… ……
Czy jest Pani w ciąży lub karmi Pani piersią?	**Tak/Nie***	Jeśli tak, to, w którym miesiącu? ……
Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?	**Tak/Nie***	

<u>Przeciwskazania do wykonania zabiegów (zaznaczyć odpowiednie):</u>

☐ **Endermologia***	☐ **Maximus***	☐ **Mezoterapia igłowa, wypełniacze (kwas hialuronowy)***	☐ **Inny zabieg …….. (jaki)***
- stany zapalne, - infekcje, - nowotwór - antykoagulanty - ciąża (z wyjątkiem zabiegu na nogi), - zapalenie żył	- rozrusznik serca bądź inne wewnętrzne urządzenia elektryczne, - metalowe bądź inne implanty w okolicy zabiegowej, - ciąża, karmienie piersią, menstruacja, - nowotwór, - padaczka, - stwardnienie rozsiane, - opryszczka, - osłabiony system immunologiczny (AIDS, HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych), - antykoagulanty, retinoidy, - zmniejszona lub podwyższona percepcja zmiany temperatury, - zaburzenia czucia, neuropatia, uszkodzenie nerwów, - jakikolwiek aktywny	- ciąża i karmienie piersią, - zmiany zapalne w obszarze planowanego zabiegu (trądzik, opryszczka), - choroby immunologiczne z kręgu kolagenoz, skłonność do tworzenia blizn przerostowych - rozchwiana cukrzyca - przyjmowanie antykoagulantów, kosteroidów, - bielactwo, łuszczyca, - miejsca ostrzyknięte wypełniaczem permanentnym. <u>Przeciwwskazaniami dot. zastosowania preparatu zawierającego toksyne botulinową:</u> - nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników	

NZOZ Centrum Medyczne eMKmed
Ul. Por. Jana Białka 3 i 5
05-530 Góra Kalwaria
www.emkmed.pl; e-mail: kontakt@emkmed.pl

	problem na obszarze zabiegowym, taki jak rany, krwotoki, zakaźne problemy, łuszczyca, egzema, wysypka oraz mocno lub „świeżo" opalona skóra, - żylaki w obszarze zabiegowym, - zaburzone gojenie ran, keloidy, bardzo sucha i delikatna skóra, - jakiekolwiek chirurgiczne, inwazyjne, ablacyjne zabiegi w obszarze zabiegowym przed kompletnym zagojeniem, - zabiegi estetyczne w obszarze zabiegowym, takie jak wypełniacze, złote/plastikowe nici, implanty tłuszczu.	leku, - zaburzenia w połączeniach nerwowo-mięśniowych (miastenia gravis, miopatie), - terapia amino glikozydowa, - ciąża i okres karmienia piersią, - choroby zapalne skóry obejmujące planowane miejsce iniekcji.	

Możliwe efekty/działania niepożądane po zabiegu:

☐ **Endermologia***	☐ **Maximus***	☐ **Mezoterapia igłowa, wypełniacze (kwas hialuronowy) ***	☐ **Inny zabieg …….. (jaki)***
-zaczerwienienie skóry zwykle ustępujące po kilkudziesięciu minutach, -drobne wybroczyny i siniaki.	-nadmierne i stałe zaczerwienienie skóry (rumień). Jeżeli utrzymuje się dłużej niż dwie godziny należy użyć krem łagodzący np z pantenolem. -Nadmierne i trwałe opuchnięcie (obrzęki). -uszkodzenia naturalnej struktury skóry (strupy, bąble, oparzenia) - nadwrażliwa skóra, - siniaki.	- krwiaki, wybroczyny i siniaki w miejscu wkłucia - zaczerwienienie i obrzęk tkanek, - zmiany w pigmentacji, - zgrubienia, hyperkorekcja, - zmiany grudkowo-krostkowe, - nadwrażliwość i zmiany alergiczne (bardzo rzadko, nie wymaga wykonywania testów alergicznych) - infekcje w miejscu wkłucia, - uaktywnienie wirusa Herpes (wirus opryszczki) przy powiększaniu ust, - ziarniniaki, pokrzywka, torbiele - objawy mają najczęściej charakter przemijający. **Działania niepożądane, które mogą wystąpić po wykonaniu iniekcji toksyny botulinowej:** - ból i zaczerwienienia w miejscu wstrzyknięcia, - niewielkie krwiaki i zasinienie w miejscu wstrzyknięcia, - opadnięcie powieki, -zawroty i ból głowy, ogólne osłabienie (przejściowe zaburzenia widzenia).	

NZOZ Centrum Medyczne eMKmed
Ul. Por. Jana Białka 3 i 5
05-530 Góra Kalwaria
www.emkmed.pl; e-mail: kontakt@emkmed.pl

Zalecenia po zabiegu

☐ **Endermologia***	☐ **Maximus***	☐ **Mezoterapia igłowa, wypełniacze (kwas hialuronowy)***	☐ **Inny zabieg …….. (jaki)***
- nawadnianie organizmu (przynajmniej 2,5 l dziennie), - przestrzeganie zdrowej diety, - unikanie soli w produktach spożywczych, - aktywność fizyczna, ćwiczenia i spacery.	**1.Przez pierwsze 24 godziny** unikać: gorących kąpieli, sauny, solarium 2.W przypadku wystąpienia nadmiernego obrzęku lub zaczerwienienia należy chłodzić dany obszar przez co najmniej 15 minut, do momentu ustąpienia uczucia ciepła 3.**Stosować preparaty nawilżające na bazie witaminy C.**	1.**Przez 4-6 godzin po zabiegu:** - pozostań w pozycji pionowej, nie kładź się, nie śpij w pozycji na brzuchu, -nie dotykaj, nie masuj i nie uciskaj miejsc ostrzykniętych (można delikatnie przyłożyć opatrunek chłodzący. **2.Przez 24-48 godz. od zabiegu:** - nie lataj samolotem, - nie schylaj się gwałtownie, - unikaj wzmożonego wysiłku fizycznego **3. Przez 4-5 dni po zabiegu:** - nie korzystaj z basenu (w celu zapobiegania infekcji skóry) **4. 2-4 tygodni po zabiegu:** - unikaj przegrzania skóry (opalanie, solarium, sauna), - nie korzystaj z zabiegów dermatologicznych na twarz, masaży twarzy, krioterapii. **5. Po 3-4 tygodniach:** W razie wystąpienia objawów niepożądanych lub wątpliwości skontaktuj się ze swoim lekarzem i zgłoś się na wizytę kontrolną.	

Zostałam/em szczegółowo poinformowana/y przez lekarza/kosmetologa o:

1. przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
2. rodzaju, technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
3. pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
4. efektach zabiegu, w moim konkretnym przypadku, w tym również, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta,
5. możliwych powikłaniach/efektach/działaniach po zabiegu,
6. sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
7. czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
8. minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu,
9. możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie zabiegu lub po zakończeniu; taki stan przejściowy może wystąpić u niektórych pacjentów.

NZOZ Centrum Medyczne eMKmed
Ul. Por. Jana Białka 3 i 5
05-530 Góra Kalwaria
www.emkmed.pl; e-mail: kontakt@emkmed.pl

Oświadczam, że:

a) przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz/kosmetolog zadawał mi w trakcie wywiadu odnośnie: mojego stanu zdrowia, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów.
b) informacja przekazana przez lekarza/kosmetologa była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała.
c) jestem świadoma/y, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowana/y przed wykonaniem zabiegu nie uprawia mnie do roszczeń odszkodowawczych.
d) jestem również świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza/kosmetologa przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.
e) w trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Klauzula informacyjna:

W celu prawidłowego świadczenia usług NZOZ Centrum Medyczne eMKmed (White House Beauty) przetwarza dane osobowe Klientów (jako Administrator danych), lecz aby zapewnić zgodność z RODO, wymagana jest Państwa zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym informacji o stanie zdrowia (art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skorzystania z wybranych usług Administratora. Dane te będą przetwarzane przez czas korzystania z usług administratora, z którymi wiąże się konieczność wypełnienia informacji o stanie zdrowia, a następnie na podstawie prawnie uzasadnionego celu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO) polegającego na dochodzeniu roszczeń lub obronie przed roszczeniem przez 3 lata od realizacji usługi, zgodnie z ogólnym obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1025 ze zm.). Wyrażona zgoda może być cofnięta w każdej chwili, bez względu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem. Od momentu cofnięcia zgody Administrator nie będzie mógł przetwarzać danych na podstawie zgody i nie będzie miał możliwości świadczenia usług, dla których przetwarzanie danych o stanie zdrowia jest niezbędne. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przeniesienia i wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych oraz gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Pełna informacja RODO dostępna jest w rejestracjach Centrum Medycznego eMKmed (WHITE HOUSE BEAUTY).

NZOZ Centrum Medyczne eMKmed
Ul. Por. Jana Białka 3 i 5
05-530 Góra Kalwaria
www.emkmed.pl; e-mail: kontakt@emkmed.pl

1. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, w celu świadczenia usług przez NZOZ Centrum Medyczne eMKmed (White House Beauty) z siedzibą w Górze Kalwarii przy ul. Por. Jana Białka 5.**

TAK NIE**

2. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez NZOZ Centrum Medyczne eMKmed (White House Beauty) z siedzibą w Górze Kalwarii przy ul. Por. Jana Białka 5 podanych przeze mnie danych osobowych w celach kierowania do mnie informacji marketingowych oraz kontaktu telefonicznego.**

TAK NIE**

3. **Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji fotograficznej przed zabiegiem, po zabiegu oraz na wizycie kontrolnej.**

TAK NIE**

4. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci dokumentacji fotograficznej w celach rozpowszechniania na stronie internetowej oraz w serwisach społecznościowych Facebook/Instagram przez Administratora - bezterminowo. Oświadczam, że zrzekam się dodatkowego wynagrodzenia z powyższego tytułu.**

TAK NIE**

Jednocześnie oświadczam, że moje zgody spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art.7 RODO tj. przysługuje mi możliwość ich wycofania w każdym czasie bez podawania przyczyny, lecz bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed ich cofnięciem. Zapytanie o zgody zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunkach możliwości ich rozliczalności. Zostałam/em również poinformowana/y, o tym, że dane zbierane są przez Centrum Medyczne eMKmed (White House Beauty), o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

…… …….

(data) (czytelny podpis pacjenta)

Czytelny podpis osoby wykonującej zabieg …….

NZOZ Centrum Medyczne eMKmed
Ul. Por. Jana Białka 3 i 5
05-530 Góra Kalwaria
www.emkmed.pl; e-mail: kontakt@emkmed.pl