ITP
BIOMEDICAL COMPANY

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU Z UŻYCIEM TECHNOLOGII ONDA

Data.....

Wykonujący zabieg.....

Rodzaj zabiegu.....

Parametry zabiegu.....

Urządzenie .....

DANE OSOBOWE PACJENTA:

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Telefon.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnica lekarską i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z wykonującym zabieg lub lekarzem prowadzącym).

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co: .....

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK ☐ NIE ☐

lateks, lidokaina, maści, inne? Jeśli tak to na co:.....

Czy występują u Pana(i):

pokrzywka TAK ☐ NIE ☐ swędzenie TAK ☐ NIE ☐

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK ☐ NIE ☐

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK ☐ NIE ☐

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK ☐ NIE ☐

Czy posiada Pan(i) jakiekolwiek inne metalowe implanty? TAK ☐ NIE ☐

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby nowotworowe TAK ☐ NIE ☐

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK ☐ NIE ☐

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK ☐ NIE ☐

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn) TAK ☐ NIE ☐

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK ☐ NIE ☐

choroby wątroby (kamica, żółtaczka, marskość wątroby) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK ☐ NIE ☐

zaburzenia metaboliczne (cukrzyca) TAK ☐ NIE ☐

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK ☐ NIE ☐

ITP
BIOMEDICAL COMPANY

zaburzenia hormonalne TAK ☐ NIE ☐

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK ☐ NIE ☐

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa) TAK ☐ NIE ☐

choroby oczu (jaskra) TAK ☐ NIE ☐

choroby psychosomatyczne (depresja, nerwica) TAK ☐ NIE ☐

choroby zakaźne TAK ☐ NIE ☐

żółtaczka zakaźna A TAK ☐ NIE ☐ AIDS/ HIV TAK ☐ NIE ☐

żółtaczka zakaźna B TAK ☐ NIE ☐ gruźlica TAK ☐ NIE ☐

żółtaczka zakaźna C TAK ☐ NIE ☐ ch. weneryczne TAK ☐ NIE ☐

osteoporoza TAK ☐ NIE ☐

choroby skóry TAK ☐ NIE ☐

opryszczka TAK ☐ NIE ☐

inne dolegliwości jakie? .....

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to ile i od kiedy: .....

Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin? TAK ☐ NIE ☐

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie: .....

Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę (Accutane, Izotek)? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku.....

Czy przyjmuje Pan(i) aspirynę lub leki przeciwzakrzepowe) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie: .....

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie: .....

Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK ☐ NIE ☐

Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK ☐ NIE ☐

Czy używał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem? TAK ☐ NIE ☐

Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiekolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu które ma być poddane zabiegowi? TAK ☐ NIE ☐ Jeśli tak to jakie: .....

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to w którym miesiącu: .....

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK ☐ NIE ☐

Czy karmi Pani piersią? TAK ☐ NIE ☐

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu przy użyciu technologii Onda

2. Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: (I) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu; (II) technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu; (III) pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyje do wykonania zabiegu; (IV) objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu; (V) przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu; (VI) średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.
3. Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz że ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: liczby zabiegów, od stopnia nieregularności skóry, wieku pacjenta, schorzeń skórnych, palenia papierosów, historii chorobowej oraz przyjmowanych lekarstw.
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania przed i po wykonaniu zabiegu, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
8. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty pacjenta.
9. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem asystującym/ wykonującym zabieg.
10. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem- mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.
11. Zobowiązuję się do powiadomienia osoby wykonującej zabiegi w serii zabiegowej o każdej zaistniałej zmianie, która dotyczy mojego stanu zdrowia. Zostałam/em poinformowana, że każdorazowo wypełniam kwestonariusz zgody na zabieg.

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

Data i podpis pacjenta.....

Data i podpis wykonującego zabieg .....

KLAUZULA ZGODY

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ITP S.A. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Domaniewska 37, 02– 672 Warszawa, wpisanej do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000404795, NIP: 5252360060, REGON: 140505088.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Danych Osobowych Krzysztofa Radtke , z którym można się skontaktować drogą elektroniczną: recepcja@itpsa.pl
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, które dotyczą mojego stanu zdrowia, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO, w celach:

☐ Naukowych;
☐ Wykonania usługi medycznej;

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w celach naukowych jest dobrowolne. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w celu wykonania usługi medycznej jest dobrowolne, jednak odmowa podania informacji może skutkować odmową realizacji usługi przez Administratora.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zwykłych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, w celach:

☐ Zaproszenia do skorzystania z innych usług medycznych;
☐ Newslettera;
☐ Potwierdzenia terminu spotkania.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne.

5. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie przez **ITP. S.A.** zdjęć mojego ciała, które zostały wykonane po zabiegu medycznym w dniu....., w celach :

☐ szkoleniowych
☐ marketingowych
☐ na stronach internetowych i w ofercie. ITP. S.A.

Wyrażona zgoda jest dobrowolna. Zdjęcie publikowane przez ITP. S.A. będzie obejmowało jedynie części ciała, które zostały poddane zabiegowi medycznemu.

6. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy Administratora danych zakresie swoich obowiązków służbowych, na podstawie upoważnienia, lekarz prowadzący na podstawie umowy o poufności oraz spółki z grupy kapitałowej.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia cofnięcia przez Pani/Pana zgody. Posiada Pan/Pani prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do przenoszenia danych.
10. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania tzn. żadne decyzje wywołujące wobec osoby skutki prawne lub w podobny sposób na nią istotnie wpływające nie będą oparte wyłącznie na automatycznym przetwarzaniu danych osobowych i nie wiążą się z taką automatycznie podejmowaną decyzją.

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

Data i podpis pacjenta.....

Data i podpis wykonującego zabieg .....

INFORMACJA DLA PACJENTA

AD. 5 MOŻLIWE EFEKTY UBOCZNE PO ZABIEGACH PRZY UŻYCIU TECHNOLOGII ONDA:

- W obszarze poddanym zabiegowi może wystąpić lekkie zaróżowienie lub zaczerwienienie skóry, wrażliwość lub dyskomfort, opuchnięcie, sztywność tkanek lub guzki z metabolizowanej tkanki tłuszczowej. Wszystkie z wymienionych skutków są spodziewanymi skutkami ubocznymi, które zwykle ustępują bez interwencji medycznej.
- Wrażliwość może wystąpić już w dniu leczenia i może trwać dwa tygodnie lub dłużej.
- W razie potrzeby należy nałożyć zimny kompres, aby zmniejszyć wrażliwość.
- Na niektórych obszarach mogą pojawić się guzki, które zwykle istnieją przez kilka dni lub 6 (sześć) miesięcy lub dłużej, w zależności od wielkości guzka. Niektóre guzki, choć rzadko, mogą być stałe.

AD. 6 WSKAZÓWKI PRZED I POZABIEGOWE DLA ZABIEGÓW Z UŻYCIEM TECHNOLOGII ONDA:

- Unikanie bezpośredniego nasłonecznienia obszaru poddawanego zabiegowi na 7 dni przed zabiegiem.
- Wstrzymanie od stosowania preparatów nawilżających i zmiękczających w obszarze zabiegowym na 48 godzin przed użyciem technologii Onda.
- Klient powinien pić 2-3 litry wody dziennie, aby ułatwić drenaż płynów śródmiąższowych. Taki reżim zaleca się na 2-3 dni przed zabiegiem i kontynuować w ciągu dnia następującego po nim.
- W celu poprawy pracy układu limfatycznego zaleca się wykonywanie drenaży limfatycznych przed i pozabiegowo (Enermologia LPG).
- Prysznic lub kąpiel w dniu zabiegu. Na skórze nie może być makijażu, balsamów, kremów ani olejków do ciała.
- Zdjęcie całej biżuterii i kolczyków (piercing) adekwatnie do obszaru poddawanego zabiegowi.
- Jeśli w obszarze objętym zabiegiem są bardzo gęste włosy należy je obciąć lub ogolić.
- Należy omówić z osobą wykonującą zabieg przebyte choroby i przyjmowane leki w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania zabiegu Onda.
- Upewnić się, że w miejscu wykonania zabiegu tłuszczowa tkanka podskórna ma co najmniej 2 cm w uchwyconym faudzie.
- Obszar zabiegowy należy masować delikatnie dwa razy dziennie przez 10 minut. Masaż powinien być kontynuowany do następnego zabiegu lub przez 12 tygodni w razie tylko jednego zabiegu.
- Klient powinien unikać bezpośredniego działania promieni słonecznych po zabiegu (w przypadku rumienia do jego ustąpienia).
- Jeśli po zabiegu skóra jest lekko różowa lub czerwona, klient musi unikać ciepłej wody podczas mycia, sauny i ciężkiego wysiłku fizycznego, aż do ustąpienia rumienia.
- Zaleca się stosowanie odpowiedniej, zdrowej diety i umiarkowanej aktywności fizycznej. Bezpośrednio po zabiegu Onda można wrócić do codziennych aktywności.

- Utrzymanie dobrego nawodnienia i zaangażowanie w lekką aktywność fizyczną pomaga w pozbywaniu się rozbitego tłuszczu poprzez układ limfatyczny. Zachęcamy do picia co najmniej 2 litrów wody dziennie, spacerów bądź kontynuowania regularnych ćwiczeń.