ITP BIOMEDICAL COMPANY

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU

DATA: .....

WYKONUJĄCY ZABIEG: .....

RODZAJ ZABIEGU: .....

PARAMETRY ZABIEGU: .....

URZĄDZENIE: .....

Dane osobowe Pacjenta:

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

TELEFON: .....

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą 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).

Zaznacz ✓ TAK lub NIE

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):

obrzęki	◯ TAK	◯ NIE	pokrzywka	◯ TAK	◯ NIE
znamiona barwnikowe	◯ TAK	◯ NIE	swędzenie	◯ TAK	◯ NIE

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

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

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

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

choroby nowotworowe	◯ TAK	◯ NIE
choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia)	◯ TAK	◯ NIE
choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn)	◯ TAK	◯ NIE
zaburzenia metaboliczne (cukrzyca)	◯ TAK	◯ NIE
choroby układu nerwowego (padaczka, zaburzenia czucia, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, miastenia)	◯ TAK	◯ NIE
choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	◯ TAK	◯ NIE

ITP BIOMEDICAL COMPANY

choroby psychosomatyczne (depresja, nerwica) ◯ TAK ◯ NIE

choroby zakaźne:

żółtaczka zakaźna A ◯ TAK ◯ NIE

żółtaczka zakaźna B ◯ TAK ◯ NIE

żółtaczka zakaźna C ◯ TAK ◯ NIE

AIDS/ HIV ◯ TAK ◯ NIE

choroby weneryczne ◯ TAK ◯ NIE

choroby skóry (łuszczyca, bielactwo, AZS, fotodermatozy) ◯ TAK ◯ NIE

opryszczka ◯ TAK ◯ NIE

inne dolegliwości jakie? .....

Czy zażywa Pan(i) leki przeciwbólowe (ibuprofen, ketoprofen, naproksen) ◯ TAK ◯ NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy: .....

Czy zażywał(a) Pan(i) antybiotyki w ciągu ostatnich 14 dni? ◯ TAK ◯ NIE

Czy w ciągu ostatnich 14 dni przyjmował(a) Pan(i) szczepienie? ◯ TAK ◯ NIE

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) leki przeciwzakrzepowe lub aspirynę? ◯ 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 często się Pan(i) opala? ◯ TAK ◯ NIE

Data ostatniej ekspozycji na słońce/ solarium .....

Czy używa Pan(i) samoopalaczy? ◯ TAK ◯ NIE

Czy używa Pan(i) kremów z filtrem? ◯ 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

Czy występowały kiedykolwiek u Pani zaburzenia hormonalne? (np. zespół policystycznych jajników) ◯ TAK ◯ NIE

ITP BIOMEDICAL COMPANY

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu ..... przy użyciu technologii .....
2. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na znieczulenie miejscowe obszaru poddanemu zabiegowi: ◯ **TAK** ◯ **NIE** ◯ **NIE DOTYCZY**
3. 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 użyte 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.
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od osobniczych cech.
5. Zostałem(am) poinformowany(a), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
6. 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.
7. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
8. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
9. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty pacjenta.
10. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów niezwłocznie skontaktuję się z lekarzem asystującym/ wykonującym zabieg.
11. 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.

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

NAZWA ZABIEGU: .....

DATA I PODPIS PACJENTA: .....

DATA I PODPIS WYKONUJĄCEGO ZABIEG: .....

ITP BIOMEDICAL COMPANY

KLAUZULA ZGODY

Zaznacz ✓, jeśli wyrażasz zgodę:

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: iod@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 przed/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 wykonanie zabiegu:

NAZWA ZABIEGU: .....

DATA I PODPIS PACJENTA: .....

DATA I PODPIS WYKONUJĄCEGO ZABIEG: .....