

## FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG

imię:	nazwisko:	Proszę przykleić etykietę.
adres:		
data urodzenia:	telefon:	Proszę przykleić etykietę.
email:		
Imię i nazwisko lekarza:		
Nazwa i adres gabinetu:		

### HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

W trosce o Państwa bezpieczeństwo i wygodę prosimy o podanie informacji.

Proszę zaznaczyć, jeśli w ciągu ostatnich 6 miesięcy przeszli Państwo:

- poważną operację  
 ekstrakcję zęba  
 żadne z powyższych

Proszę zaznaczyć, jeśli:

- jest Pani w ciąży  
 karmi piersią  
 żadne z powyższych

Proszę zaznaczyć, jeśli cierpią Państwo na:

- alergię, jakiego rodzaju?  
\_\_\_\_\_
- uczulenie na jakikolwiek środek znieczulający
- opryszczkę:
- czynną  powracającą
- aktywną postać trądziku
- skłonność do bliznowacenia
- choroby skóry w postaci czynnej
- cukrzycę
- choroby układu, jakie?  
\_\_\_\_\_
- żadne z powyższych

Zażywane leki. Proszę zaznaczyć, jeśli są Państwo w trakcie kuracji któryś z poniższych leków:

- antybiotyki  
 kortykosteroidy  
 regularnie przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych  
 leki przeciwzakrzepowe  
 inne leki jakie?  
\_\_\_\_\_

z jakiego powodu?  
\_\_\_\_\_

- żadne z powyższych

Nie należy wstrzykiwać wypełniaczy Neauvia w miejsca, gdzie został podany stały implant.

### POPRIEDNIE ZABIEGI

Czy wcześniej mieli Państwo wstrzykiwane implanty wchłaniane lub permanentne?

- tak  nie  
kiedy? proszę podać miesiąc/rok  
\_\_\_\_\_

jaki produkt?  
\_\_\_\_\_

Czy mieli Państwo implantowane nici?

- wchłaniane  niewchłaniane

Czy mieli Państwo po tych zabiegach jakieś problemy lub wystąpiły niepożądane reakcje?

- tak  nie  
jeśli tak, proszę opisać  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### UPOWAŻNIENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu/ów produktami Neauvia w celu korekcji

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Rodzaj korekcji: \_\_\_\_\_

Jestem w pełni władz umysłowych i mam ukończone 18 lat  
Jestem w pełni władz umysłowych i jestem rodzicem/opiekunem prawnym zamierzającej/zamierzającego się poddać zabiegowi produktem Neauvia. Mam pełną świadomość, że produkty Neauvia zawierają w swoim składzie stężony kwas hialuronowy i że są przeznaczone do korekcji zmarszczek oraz bruzd na twarzy, do modelowania konturów twarzy, a także do powiększenia ust. Otrzymałem/am szczegółowe wyjaśnienia procedur zabiegu i są one dla mnie zrozumiałe. Zostałem/am poinformowany/a o alternatywnych metodach, ich zaletach i wadach. Oświadczam również, że poinformowano mnie o korzyściach oraz ryzyku wystąpienia natychmiastowych bądź opóźnionych powikłań i skutków ubocznych, które mogą pojawić się w wyniku zabiegu produktami Neauvia. Przekazałem/am lekarzowi wszystko, co mi wiadomo na temat moich alergii. Poinformowałem/am też lekarza o wszystkich lekach, które obecnie zażywam. Potwierdzam, że nie mam stałego implantu ani w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie był mi wstrzykiwany implant wchłaniany w część ciała, która ma teraz zostać poddana zabiegowi. Nie jestem w ciąży ani aktualnie nie karmię piersią. Lekarz odpowiedział na wszelkie moje pytania związane z tym zabiegiem. Jestem usatysfakcjonowany/a udzielonymi odpowiedziami i po ich przeanalizowaniu, świadomie wyrażam zgodę na proponowany zabieg z użyciem wypełniaczy tkańkowych Neauvia.

data i miejscowość

podpis pacjenta/opiekuna prawnego

podpis lekarza

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb marketingowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.)

data i miejscowość

czytelny podpis