

Pacientův písemný souhlas – dermatologické korekce

Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji a souhlasím,

- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, která jsou s tímto zákrokem spojena, i s riziky, která jsou specifická s ohledem na můj zdravotní stav.
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a možnými riziky.
- že mi bylo umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánovaného zákroku, případných dalších rizik a možných alternativ. Ty byly zodpovězeny k mé spokojenosti.
- že jsem srozuměn s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj vzhled k lepšímu, i s tím, že ho naopak může zhoršit.
- že jsem porozuměl problematice v plném rozsahu všech uvedených skutečností.
- že operační jizvy nevystavím následující 4 měsíce přímému ani odraženému slunečnímu záření.
- že bude pořízena fotodokumentace pro interní potřeby provozovatele. Pokud by snímky měly být použity pro prezentační nebo jiné (např. propagační) účely, provozovatel si vyžádá můj souhlas.

Prohlášení lékaře

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou operačního zákroku a s riziky spojenými s tímto zákrokem, s dalšími léčebnými možnostmi a jejich riziky a s následky v případě, že se operace nezrealizuje. Dal jsem příležitost pacientovi (nebo jeho zákonnému zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených skutečností nebo týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, bez použití cizích odborných výrazů, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

V případě komplikací volejte objednáací číslo OptoCentra Jihlava 602252526 dr. Hubík

Dodržujte pokyny ošetřujícího personálu!!!

Já, pacient, výše uvedenému rozumím a dávám písemný souhlas k vykonání operace.

Datum:

Jméno a podpis pacienta:

Datum:

Jméno a podpis lékaře: