



.....  
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....  
(Numer PESEL lub data urodzenia)

.....  
(Numer tel. kom., adres e-mai)

---

### Świadoma zgoda ogólna Pacjentki / Pacjenta na zabiegi:

.....  
.....  
.....  
.....

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że zostałam(em) w sposób dla mnie zrozumiały poinformowana(y) o:

- możliwych działaniach niepożądanych oraz powikłaniach związanych z w/w zabiegiem,
- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- minimalnej ilości zabiegów, której przeprowadzenie jest niezbędne do uzyskania planowanych efektów,
- o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

..... podpis

Jestem świadoma(y), że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku i zależne od wielu czynników m.in. od stanu mojego zdrowia, wieku, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki i zastosowane metody leczenia.

..... podpis

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zadawano mi w trakcie wywiadu odnośnie: mojego stanu zdrowia, istnienie/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, stosowanych środków i sposobów higieny. Informacja przekazałam(em) w sposób rzetelny.

..... podpis

Jestem świadoma(y), że wystąpienie typowych negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowana(y) przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do występowania z roszczeniami, gdyż udzielając pełnej informacji na pytania, które zadawano mi w trakcie wywiadu, a także uzyskując pełną i przekazaną w sposób dla mnie zrozumiały informację dotyczącą zabiegu i jego skutków niepożądanych oraz będąc w stanie swobodnie podjąć decyzję sam(a) przyjąłam(em) na siebie takie ryzyko.



Dr. Maciek Sznurkowski  
Medical Aesthetic Expert  
ms@drsznurkowski.com  
mobile: +48 733 386 649



- \* Medycyna estetyczna
- \* Chirurgia kosmetyczna
- \* Laseroterapia estetyczna
- \* Medycyna regeneracyjna

Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.

..... podpis

Oświadczam, że miałam(em) możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń po zabiegowych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący.

..... podpis

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w pełni wystarczający.

..... podpis

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym, w tym z przekazaną mi w formie pisemnej informacją dotyczącą planowanego zabiegu, stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

..... data i czytelny podpis

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających.

..... data i czytelny podpis

Podpis i pieczęć lekarza wykonującego zabieg:

.....

\* podstawę prawną odbierania od pacjentów pisemnej zgody na zabieg stanowi art. 34 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U.2015, poz. 464 z późn zm.) oraz art. 18 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2016, poz. 186).

