



ART&MED

PRYWATNA KLINIKA
CHIRURGII PLASTYCZNEJ

ul. Algierska 19
30-660 Kraków
tel./fax: (12) 425 66 42,
www.art-med.com.pl

ZGODA NA WYKONANIE PLASTYKI USZU

PACJENT _____

DATA _____

GODZINA _____

Upoważniam Dr Kasprzyka oraz jego współpracowników do wykonania zabiegu plastyki małżowin usznych. Całkowicie rozumiem, iż możliwości takiego zabiegu są ograniczone. Zdaję sobie sprawę, że nie ma gwarancji na to, że oczekiwane efekty będą uzyskane. Zdaję sobie sprawę, iż medycyna, chirurgia nie jest jednolitą nauką i mam świadomość, że nie ma gwarancji co do efektu operacji lub zabiegu.

Dr Kasprzyk szczegółowo omówił za mną zagadnienia, które w skrócie omówiono poniżej:

A. Specyfika i cel zabiegu plastyki uszu:

Plastyka uszu jest zabiegiem chirurgicznym, który pozwala zbliżyć kształt uszu do ich anatomicznego wyglądu.

B. Ryzyko:

Jest mi wiadome, że zabieg może wiązać się z ryzykiem wystąpienia krwiaka, bliznowacenia okolicy operowanej, krwawienia.

Jestem świadomy(a), iż oprócz wyżej wymienionych powikłań mogą wystąpić inne które zawsze mogą wystąpić w czasie zabiegu chirurgicznego, takie jak np. utrata krwi, zakażenie.

Jestem powiadomiony(a), iż w czasie trwania operacji, mogą wystąpić nieprzewidziane sytuacje, które będą wymagały dodatkowych lub innych czynności, niż te wyżej wymienione. I dlatego upoważniam i proszę wyżej wymienionego p. doktora, jego asystentów, oraz osoby przez nich upoważnione o wykonanie takich czynności, jakie ich zdaniem są niezbędne.

C. Znieczulenie:

Jest mi wiadome, iż w czasie wykonywania zabiegu plastyki uszu można stosować znieczulenie miejscowe jak i ogólne oraz że w czasie trwania mojego zabiegu będzie zastosowane znieczulenie miejscowe.

Jestem poinformowany, że zastosowanie jakiegokolwiek znieczulenia lub sedacji wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, m. in. reakcji alergicznej, zatrzymania mięśnia sercowego i innych.

D. Alternatywa w stosunku do operacyjnych metod leczenia:

Alternatywne metody poprawiające trwale kształt uszu nie istnieją.

E. Potwierdzenie zgody:

W sposób wyczerpujący omówiłem(am) mój stan zdrowia oraz proponowane metody chirurgicznego leczenia Dr Kasprzykiem oraz otrzymałem(am) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie moje pytania. Posiadam wystarczającą wiedzę, na której opieram moją zgodę na proponowane leczenie.

Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na zabieg.

F. Zdjęcia:

Wyrażam zgodę na fotografowanie mnie przed, w czasie, oraz po leczeniu, oraz na to, iż te fotografie będą własnością wyżej wymienionego pana doktora i będą mogły być publikowane w naukowym piśmiennictwie i/lub pokazach naukowych.

G. Współpraca:

Zgadzam się, aby Dr Kasprzyk i jego personel otrzymał informacje i jakichkolwiek zmianach mojego osobistego adresu, oraz zgadzam się współpracować z nimi w ramach opieki pooperacyjnej.

H. Otrzymałem/am listę zaleceń pozabiegowych, zrozumiałem/am jej treść i zobowiązuję się przestrzegać zamieszczonych w niej wskazówek postępowania.

PACJENT LUB JEGO PRAWNY OPIEKUN _____

ŚWIADEK _____

ŚWIADEK _____