

Informovaný souhlas s implantací

Svým podpisem berete na vědomí následující skutečnosti:

- Tento zákrok - implantace - je trvalý.
- Během implantace dochází k jednorázovému porušení integrity lidské kůže a zavedení speciální bio kompatibilní kapsle nebo zařízení pomocí aplikátoru.
- Nelze předvídat veškeré potenciální komplikace, které mohou při implantaci nebo po ní nastat, tudíž je nutné důsledně minimalizovat všechna rizika.

Implantaci NENÍ možné provést pokud:

- jste v posledním roce prodělal/a žloutenku
- jste těhotný/á, v šestinedělí nebo kojíte
- jste pod vlivem Omamně Psychotropních Látek (včetně alkoholu)
- máte infekční onemocnění (např. AIDS, hepatitis, respirační onemocnění apod.)
- máte kožní chorobu (psoriáza, plísňová onemocnění apod.)
- máte sklon k tvorbě keloidních jizev
- máte srdeční chorobu nebo epilepsii
- máte onemocnění krve (snížená srážlivost apod.)
- máte psychické onemocnění
- máte alergie*

Prohlašuji, že:

- Nevím o žádných skutečnostech (seznam výše), které by bránily implantaci.
- Nezamlčel jsem žádné informace o svém zdravotním stavu a okolnostech.
- Jsem starší 18 let
 - (nebo starší 14 let s doprovodem / písemným souhlasem zák. zástupce)
- Byl/a jsem explicitně poučen/a o:
 - Rizicích implantace a možných komplikacích []
 - Post-implantační péči a rizicích jejího zanedbání []
 - Implantátu a jeho funkcích []
- Obdržel/a jsem písemné instrukce o post-implantační péči a budu se jimi řídit.
- V případě výskytu (málo pravděpodobných) nežádoucích účinků budu neprodleně kontaktovat augmentační studio.
- Implantaci podstupuji na vlastní žádost, z vlastní iniciativy a svobodné vůle, po zralé úvaze a při dobrém zdraví i čisté mysli.

Za správnost odpovídá: []

Vybraný implantát: []

Místo a čas: []

Celé jméno: []

Datum narození: []

Podpis klienta: []

(a podpis zák. zástupce)