



.....
(Prénom et nom du patient)

.....
(Date de naissance)

.....
(Numéro de téléphone portable, adresse e-mail)

Consentement éclairé du patient pour la procédure:

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

Je, soussigné(e), déclare avoir été informé(e) de manière compréhensible pour moi des:

- effets indésirables possibles et des complications liées à la procédure susmentionnée,
- contre-indications à la réalisation de la procédure,
- technique et méthode de réalisation de la procédure,
- effets possibles à atteindre de la procédure dans mon cas,
- procédures post-opératoires,
- durée des résultats obtenus,
- nombre minimal de procédures nécessaires pour obtenir les effets planifiés,
- méthodes alternatives de traitement (y compris l'abstention de traitement) et des procédures alternatives.

..... signature

Je suis conscient(e) que l'effet possible à atteindre de la procédure, la période de guérison et l'efficacité de toute thérapie éventuelle sont strictement dépendants du cas individuel et dépendent de nombreux facteurs, notamment de mon état de santé, de mon âge, de la réaction individuelle de ma peau et de tout mon organisme aux médicaments administrés et aux méthodes de traitement utilisées.

..... signature

Avant de commencer la procédure, j'ai donné des réponses complètes et véritables aux questions posées lors de l'entretien concernant: mon état de santé, l'existence ou non d'une grossesse, les médicaments pris, les procédures antérieures, les mesures et méthodes d'hygiène utilisées. J'ai fourni les informations de manière fiable.

..... signature

Je suis conscient(e) que l'apparition de conséquences négatives typiques et de complications, dont j'ai été informé(e) avant la réalisation de la procédure, ne me donne pas le droit de déposer des réclamations, car en fournissant des informations complètes aux questions posées lors de l'entretien, ainsi qu'en recevant des informations complètes et compréhensibles concernant la procédure et ses effets indésirables et en étant en mesure de prendre une décision librement, j'ai moi-même accepté un tel risque.



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



- * Médecine esthétique
- * Chirurgie esthétique
- * Thérapie laser esthétique
- * Médecine régénérative

Je suis également conscient(e) que la base des réclamations ne peut pas être la divergence entre le résultat, dont la portée et le type ont été clairement définis avant de commencer la procédure, et mes attentes.

..... signature

Je déclare avoir eu la possibilité de poser des questions au médecin concernant la procédure planifiée, les complications possibles, le risque de complications, le traitement ultérieur, les recommandations post-procédure, et les réponses étaient compréhensibles et exhaustives pour moi.

..... signature

Je déclare que le contenu du consentement m'a été présenté avant de procéder à la procédure, et que le temps écoulé entre la présentation du contenu du consentement et la réalisation de la procédure était entièrement suffisant.

..... signature

Je déclare avoir pris connaissance du document ci-dessus, y compris les informations écrites fournies concernant la procédure planifiée, constituant une annexe à la présente déclaration et je donne mon consentement éclairé pour la réalisation de la procédure.

..... date et signature lisible

Je consens à ce qu'on me donne les anesthésiques proposés.

..... date et signature lisible

Signature et cachet du médecin réalisant la procédure:

.....

• La base légale pour obtenir le consentement écrit des patients pour la procédure est l'article 34, paragraphe 1, de la loi sur la profession de médecin et de dentiste du 5 décembre 1996 (Journal officiel 2015, article 464, avec modifications ultérieures) et l'article 18 de la loi sur les droits des patients et le médiateur des patients (Journal officiel 2016, article 186).

