

## FORMULARZ ZGODY NA ZABIEG

Miejsce i data zabiegu \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Miasto \_\_\_\_\_  
Nr telefonu \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Niniejszym upoważniam \_\_\_\_\_  
i jej/jego asystentów do przeprowadzenia zabiegu COOLTECH®.

Zabieg CoolTech® jest nieinwazyjnym, zabiegiem medycznym, działającym na tkankę tłuszczową, polegającym na kontrolowanym chłodzeniu tkanki, z wykorzystaniem podciśnienia zasysającego fałd skóry wraz z tkanką podskórną do aplikatora, trwającym ok. 70 minut. W efekcie, tkanka tłuszczowa która ma dużą podatność na działanie zimna, jest trwale niszczona i ulega stopniowej eliminacji naturalnymi drogami (układ limfatyczny). Proces rozpoczyna się po 15 dniach od zabiegu i trwa do 90 dni.

Wynikiem tego procesu jest ogólna redukcja tkanki tłuszczowej w obszarze poddanym zabiegowi.

Pacjenci spełniający którekolwiek z poniższych przeciwwskazań nie mogą być poddawani zabiegowi CoolTech®:

- ❖ Nietolerancja krioterapii
- ❖ Choroba Raynaud'a
- ❖ Pokrzywka na skutek działania zimna
- ❖ Krioglobulinemia
- ❖ Cold fiber hypoproteinemia
- ❖ Niewydolność funkcjonalna narządów (poważna choroba wątroby, serca, nerek, itp.)
- ❖ Nieuregulowana cukrzyca z wtórnymi komplikacjami
- ❖ Gorączka
- ❖ Infekcja
- ❖ Chroniczna infekcja HIV, HCV, itp.
- ❖ Cięża lub karmienie
- ❖ Choroby systemowe oddziałujące na skórę: toczeń rumieniowaty, zapalenie skórno-mięśniowe, twardzina
- ❖ Skórne zmiany chorobowe w obszarze zabiegu
- ❖ Żylaki, zapalenie żył, zakrzepowe zapalenie żył
- ❖ Nowotwór

Akcesoria i urządzenie są zatwierdzone do użytku medycznego i posiadają znak CE.

DEKLARUJĘ że: przebieg zabiegu, typowe ryzyko z nim związane, możliwe efekty uboczne oraz możliwy dyskomfort zostały mi w pełni wyjaśnione. Co więcej, zostałam/-em poinformowany o innych dostępnych opcjach zabiegowych, oraz ich zaletach i wadach. Mając tą wiedzę samodzielnie wybrałam ten rodzaj zabiegu.

AKCEPTUJĘ, że po zabiegu mogą wystąpić EFEKTY UBOCZNE opisane w literaturze medycznej. Miedzy innymi mogą to być:

- ❖ Rumień (zaczerwienienie) w obszarze zabiegu, który może trwać od kilku minut do kilku godzin.
- ❖ Siniaki – z powodu zassania fałdu skóry.
- ❖ Parestezje i dystezje (zmiany z czuciu skóry) w obszarze zabiegu – mogą trwać do 8 tygodni.
- ❖ Zmęczenie i objawy podobne do grypy – do 24 godzin.
- ❖ Ból podczas zabiegu, zwykle łagodny - przez pierwsze 10 minut.
- ❖ Ból w obszarze zabiegu przed 7-10 dni, ewentualnie obrzęk, nie wpływające na codzienną aktywność.
- ❖ W bardzo rzadkich wypadkach: omdlenie, powierzchowne odmrożenie.

ROZUMIEM, że końcowym efektem zabiegu jest poprawa wyglądu i że nie ma gwarancji uzyskania określonego efektu. Rozumiem, że medycyna nie jest nauką ścisłą i nikt nie może zagwarantować pełnej poprawy.

ZOSTAŁAM/-EM POINFORMOWANY, że ilość zabiegów koniecznych do uzyskania wymaganych przeze mnie efektów, z powodu różnej reakcji na zabieg każdego z pacjentów, jest niemożliwa do określenia.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ, do przestrzegania najlepiej jak potrafię zaleceń po-zabiegowych przekazanych mi przez lekarza.

POTWIERDZAM, że nie zataiłam/-em żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przebytych zabiegów, alergii ani chorób.

ZGADZAM SIĘ na wykonanie fotografii obszaru, który będzie poddawany zabiegowi i autoryzuje ich anonimowe użycie do celów naukowych, edukacyjnych i medycznych. Zrozumiałe jest, że ich użycie nie stanowi żadnego naruszenia prywatności ani poufności do których mam prawo.

Zgadam się na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb gabinetu wykonującego zabieg, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

Zostałam poinformowana/-y, o moim prawie do odmowy poddania się zabiegowi i nie wypełniania niniejszego formularza.

Potwierdzam że miałam/-em możliwość zadania pytań, oraz że przeczytałam/-em formularz i w pełni rozumiem jego zawartość. Podpisując niniejszy dokument wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

Podpis lekarza

Podpis pacjenta