

DOHODA O LÉKAŘSKÉM ZÁKROKU -MEZOTERAPIE-

MUDr. Lenka Kráľovičová
Dům zdraví - Horní Valy 13, Hodonín
Telefon: 737 659 548

Klient:

Vážená klientko, vážený kliente,

právě jste byl/a/ důkladně seznámen/a/ ošetřujícím lékařem s typem Vašeho estetického problému a zároveň s navrhovaným způsobem jeho nejvhodnějšího řešení, jakožto s předpokládaným výsledkem zákroku, dobou účinnosti, následnou domácí péčí a možnými komplikacemi, spojenými s daným zákrokem.

Pokud jste byl/a/ dostatečně seznámen/a/ s navrhovaným zákrokem, domácí péčí a možnými komplikacemi, podepište, prosím, na základě svého souhlasu níže uvedené prohlášení:

Prohlašuji, že jsem byl/a/ dnešního dne důkladně seznámen/a/ níže uvedeným lékařem s vhodností navrhovaného lékařského zákroku, jeho dobou účinnosti a cenovou relací. Prohlašuji, že jsem podaná vysvětlení pochopil/a/ a jsem si vědom/a/ možných komplikací s tímto zákrokem souvisejících, včetně ojedinělých a vzácných komplikací.

Dále prohlašuji, že jsem lékaři nezatajil/a/ žádné důležité okolnosti týkajícího se mého celkového zdravotního stavu (alergie, užívání léků, chronické a akutní onemocnění, problémy se srážlivostí krve), těhotenství a také informace o všech zákrocích v místech dnešní aplikace v posledních dvou letech.

Byl/a/ jsem informován/a/ o dodržování zásad po aplikaci. V případě pochybností, podezřelých příznaků a neobvyklých reakcí budu neodkladně kontaktovat svého ošetřujícího lékaře.

Uvedené skutečnosti jsem pochopil/a/ a po důkladném zvážení požaduji aplikaci uvedeného přípravku.

Podpis klienta:

Podpis lékaře:

Termín a místo aplikace: