

## **SOUHLAS K PROVEDENÍ LÉKAŘSKÉHO PEELINGU** **přípravkem GLYCO -70**

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

Klient:

Vážená klientko, vážený kliente,  
právě jste byl/a/ důkladně poučen/a/ ošetřujícím lékařem o domácím ošetření před peelingem, metodě peelingu, včetně možných vedlejších účinků, ošetřování a opatřeních po peelingu včetně nezbytné ochrany před sluncem. Byl/a jste poučen/a, že u pacientů s opakovanými opary na obličeji se peeling provádí pouze v období bez výsevu a preventivně je třeba užívat tablety Herpesin, v období před peelingem i po jeho provedení.

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: .....