

Informovaný souhlas ke kosmetickému zákroku

K pacientovi:

Jako pacient máte právo být informován o vašem zdravotním stavu a doporučených chirurgických, lékařských a diagnostických postupech (procedurách), jež mají být použity, abyste mohli učinit rozhodnutí, zda zákrok podstoupit či ne, poté co budete seznámeni s možnými riziky a nebezpečími.

Je právním požadavkem, aby si pacient před chirurgickou operací přečetl a podepsal formulář pro souhlas. Toto zveřejnění (poskytnutí informací) nemá za cíl vás vystrašit či varovat; je to další snaha o to, abyste byli lépe informováni a abyste nám mohli dát svůj souhlas k provedení operace nebo jej odmítnout.

Já dobrovolně žádám MUDr. Tomáše Doležala jako svého chirurga a rovněž jeho další spolupracovníky, anesteziologa MUDr. Romana Holzknechta, zdravotní sestry a zdravotní asistenty a další poskytovatele zdravotní péče, kteří jsou považováni za potřebné, aby provedli následující chirurgický zákrok:

- Jsem srozuměn s tím, že mi nebyla poskytnuta žádná záruka či jistota ve věci výsledku plasticko-kosmetického chirurgického či jiného smlouveného zákroku a jeho vyléčení. Je možné, že výsledek nemusí odpovídat očekáváním nebo cílům, které byly stanoveny. Ve spojitosti s tímto jsem seznámen s tím, že lékařská praxe a chirurgie nejsou exaktními vědami, a proto nemohou solidní lékaři zaručit výsledek.
- Uvědomuji si, že jako u všech lékařských zákroků mohou vzniknout z různých důvodů komplikace či prodlevy při rekonvalescenci, jež mohou dále vyžadovat dodatečnou léčbu či zákrok, a mohou mi také způsobit ekonomickou ztrátu vinou mé neschopnosti vrátit se z těchto důvodů k normální činnosti tak brzy, jak jsem očekával (a). Jsem srozuměn(a) s tím, že Dr. Doležal může až během či po zákroku objevit další či odlišné okolnosti, které mohou vyžadovat dodatečnou či odlišnou proceduru než byla naplánována. Pověřuji (opravňuji) jej a rovněž další spolupracovníky, asistenty a další poskytovatele zdravotní péče, aby provedli takové další procedury, které jsou dle jejich profesionálního úsudku vhodné.
- I když je to v kosmetické chirurgii vzácné, souhlasím s použitím krve a krevních produktů, bude-li to nutné.
- Jsem srozuměn(a) s tím, že vnější řezy zanechávají jizvy, které jsou viditelné. Umístění těchto řezů mi bylo popsáno. Také jsem srozuměn(a) s tím, že je nemožné přesně předpovědět konečný vzhled těchto jizev. Také si uvědomuji, že i přesto, že nevhledné jizvy mohou být chirurgicky předělány, neznamená to žádnou záruku, že následně vzniklá jizva bude kvalitnější a méně viditelná.
- Jsem si vědom(a), že výkon pro mne plánovaných chirurgických zákroků je spojen s riziky a nebezpečími. Uvědomuji si, že pro chirurgické zákroky jsou běžná rizika vzniku infekce, otoků, pohmožděnin (podlitin), krvácení, krevních sraženin v cévách a plicích (mimořádně vzácně) a alergických reakcí. Dále si uvědomuji, že v souvislosti s tímto zákrokem mohou vzniknout následující rizika a nebezpečí: neuspokojivý vzhled, špatné hojení, ztráta části pokožky, poškození nervů spojené s poruchou smyslových orgánů nebo přetrvávající bolesti a nepohodlí, nebo nehezké zjizvení.
- **TENTO ODSTAVEC SE TÝKÁ KUŘÁKŮ:** Zjistilo se, že kuřáci mívají značně vyšší riziko pooperačních problémů s hojením ran a následně také zvýšené riziko vzniku infekce jakož i krvácení při a po operaci. Pacienti by měli přerušit kouření dva týdny před zákrokem a dva týdny po zákroku. I když přerušení kouření před a po zákroku pomáhá, nedochází k úplné eliminaci zvýšených rizik pramenících z dlouhodobého kouření.
- **ANESTEZIE:** Potvrzuji, že anesteziolog se mnou na mou žádost projednal navrhou anestezii a odpověděl na mé dotazy v tomto ohledu. Uvědomuji si, že anestezie přináší další rizika a nebezpečí, ale požaduji použití anestetik pro úlevu a ochranu před bolestí v průběhu plánovaných a doprovodných procedur. Uvědomuji si, že anestetika mohou být změněna, aniž by mi to bylo vysvětleno.
- I když je moderní anestezie považována za bezpečnou, jsem srozuměn(a) s jistými komplikacemi, jež mohou výjimečně vzniknout při použití jakýchkoli anestetik včetně přechodného omámení a předávkování - vzácné, dýchacích problémů a ještě vzácněji problémů při zotavení. Další rizika a nebezpečí zahrnují mírné nepohodlí v hrdle podobné stavu při angíně (přechodné) až po narušení hlasivek či zubů (velmi vzácné). Informujte, prosím, anesteziologa o předchozích zubařských zákrocích.

- **TENTO ODSTAVEC SE TÝKÁ POUZE ŽEN:** anestetika mohou být škodlivá pro plod těhotné ženy. Je-li to možné, měla by se těhotná žena vyhnout celkové anestézii. Tímto prohlašuji, že nejsem těhotná, a že přijímám zodpovědnost za toto prohlášení.
- Tímto dávám Dr. Doležalovi svolení či jím určenému asistentovi, aby mne fotografoval pro diagnostické účely a pro rozšíření lékařské karty (anamnézy). Souhlasím s tím, že tyto fotografie zůstanou jeho majetkem, a že je smí použít pro lékařské a vědecké či další publikace a prezentace, ale to vždy pouze tak, aby nebylo narušeno lékařské tajemství.
- Tímto prohlašuji, že jsem plně a správně informoval(a) Dr. Doležala dle nejlepšího vědomí o své lékařské anamnéze a zdravotním stavu. Jsem si vědom toho, že zapření lékařských informací by mohlo vést ke komplikacím či problémům, kterým mohlo být zabráněno, pokud by tyto informace byly mému chirurgu známy.
- Tímto prohlašuji, že Dr. Doležal se mnou projednal celou záležitost uvedeného zákroku k mé spokojenosti, že mi úplně vysvětlil tento formulář, který jsem přečetl(a) či který jsem si nechal(a) přečíst, že jsem vyplnil(a) prázdná místa, a že rozumím jeho obsahu. Měl(a) jsem příležitost dotázat se na můj stav, alternativní formy anestezie a léčby, rizika neléčení, použité procedury a možná rizika a nebezpečí, a že jsem přesvědčen(a), že mám dostatečné informace k udělení tohoto informovaného souhlasu.

Souhlasím s tím, že se dle svých nejlepších možností budu řídit pokyny Dr. Doležala před, v průběhu a po výše zmíněném chirurgickém zákroku, a že budu informovat Dr. Doležala o jakýchkoli problémech následně po zákroku.

NEPODEPISUJTE PROSÍM TENTO FORMULÁŘ, POKUD JSTE JEJ NEPŘEČETLI, NEBO POKUD MÁTE POCIT, ŽE MU NEROZUMÍTE. PŘED PODPÍSEM SE ZEPTEJTE NA VEŠKERÉ PŘÍPADNÉ PROBLÉMOVÉ ZÁLEŽITOSTI.

Tímto potvrzuji (akceptuji skutečnost), že mi byly poskytnuty nezbytné informace, abych mohl(a) učinit informované rozhodnutí. Veškeré mé dotazy mi byly bezvýhradně zodpovězeny k mé spokojenosti.

Jméno pacienta:

Rodné číslo / číslo osobního průkazu:

Adresa :

Podpis pacienta:

Datum: