

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU PODOLOGICZNEGO

Nazwisko i imię Klienta, data urodzenia:

.....

Nazwisko i imię Przedstawiciela ustawowego Klienta/Opiekuna faktycznego Klienta* **(wypełniamy w przypadku Klientów niepełnoletnich)**

.....

Rodzaj zabiegu:

.....

.....

Okolica zabiegowa:

.....

.....

Oświadczenie Klienta

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z Informatorem nr przedłożonym mi wraz z niniejszym formularzem, zawierającym szczegółowy opis wskazanego wyżej zabiegu, określającym jego celowość i oczekiwany wynik oraz potencjalne zagrożenia mogące wystąpić w wyniku wykonania zabiegu oraz zrozumiałam/em jego treść.

2. Uzyskałam/em podczas rozmowy z osobą wykonującą zabieg przystępne i wszechstronne informacje o:

- a. przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- b. technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- c. sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- d. możliwych do osiągnięcia w moim przypadku efektach zabiegu,
- e. wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu,
- f. sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- g. czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- h. czasie, po którego upływie może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg,
- i. minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do osiągnięcia i utrzymania osiągniętego efektu.

3. Zrozumiałam/em, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, tak i w procedurach podologicznych, pozytywne efekty nie są zagwarantowane. Jestem świadoma/my, że w przypadku braku oczekiwanego przeze mnie efektu pieniądze nie będą mi zwrócone.

4. Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane przed wykonaniem zabiegu. Udzielono mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć negatywnie na efekt zabiegu.

5. Rozumiem, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdej osoby, a także, że efekty zabiegu uzależnione są od:

.....

.....

.....

(należy wymienić cechy Klienta takie jak np. wiek, stan skóry oraz inne cechy, które mogą wpłynąć na efekt zabiegu).

6. Zostałam/em szczegółowo poinformowana/y o wytycznych dotyczących postępowania po zabiegu. Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń, w szczególności do stosowania zaleconych preparatów oraz zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach i zgłaszania ewentualnych problemów.
7. Rozumiem, że zabiegi dla celów podologicznych nie stanowią świadczenia zdrowotnego. Rozumiem, że w przypadku wystąpienia jakichkolwiek powikłań muszę zgłosić się do lekarza.
8. Jestem świadoma/y, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowana/y przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między moimi oczekiwaniami a ostatecznym efektem.
9. Zapoznałam/em się z obowiązującym cennikiem usług i zobowiązuję się terminowego uiszczenia opłat związanych z zabiegami.

W związku z powyższym:

10. Wyrażam zgodę na udzielenie wskazanego wyżej zabiegu.
11. Wyrażam zgodę na mieszczące się w ramach zabiegu znieczulenie miejscowe TAK NIE
12. Zostałam poinformowana/y, że mogę odwołać zgodę na zabieg.
13. Wyrażam zgodę na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania zabiegu w niezbędnym zakresie, zgodnie z powszechnie uznanymi zasadami sztuki, jeśli będzie tego wymagała sytuacja i jedynie po uprzednim poinformowaniu mnie o zasadności i celowości modyfikacji sposobu wykonania zabiegu.

Dodatkowe pytania/uwagi Klienta **(w przypadku braku pytań, należy napisać: nie mam pytań/uwag):**

.....

.....

.....

.....

Oświadczenie Klienta:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

Oświadczenie osoby wykonującej zabieg:

Oświadczam, że udzieliłam Klientowi wszystkich niezbędnych informacji o zabiegu i upewniłam się, że zostały właściwie zrozumiane. Klient wyraził zgodę na przeprowadzenie określonego powyżej zabiegu, podpisując się w mojej obecności.

DATA	PODPIS KLIENTA	Podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*	Podpis wykonującego zabieg

*Niepotrzebne skreślić; podpis wymagany w przypadku Klientów niepełnoletnich, jeżeli Klient ma ukończone 13 lat, również powinien podpisać zgodę obok podpisu przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego.