

Skinbooster klinik Nyköping

Ansvarsfriskrivning

Formuläret för informerat samtycke används för att kommunicera information om den föreslagna kirurgiska behandlingen, dess risker och tänkbara alternativa behandlingar inklusive icke-kirurgiska sådana. Processen för informerat samtycke är ett försök att definiera principerna bakom riskinformationen, vilket generellt borde möta de flesta patienters behov. Men, formuläret för informerat samtycke ska inte betraktas som allomfattande när det kommer till att definiera andra behandlingsalternativ och ingreppets risker. Din injicerare kan förse dig med ytterligare eller annan information som baseras på ditt specifika fall och din medicinska status. Formuläret för informerat samtycke syftar inte till att definiera eller fungera som en standard för medicinsk vård. En standard baseras på alla fakta vid varje individuellt fall och kan komma att ändras i takt med att vetenskapen och tekniken utvecklas och en ny praxis görs gällande. Det är viktigt att du läser ovanstående noggrant och att alla dina frågor är besvarade innan du signerar ditt samtycke på nästa sida.

Samtycke för kirurgi / förfarande / behandling

1. Jag befullmäktigar härmed Dr. Emilija Ivanauskiene och sådana assistenter som kan bli utvalda att utföra följande ingrepp/behandling:

FILLERS-INJEKTIONER (förteckning över de anatomiska områden där FILLER kommer att injiceras)

Jag har fått följande informationsblad:

INFORMERAT SAMTYCKE –FILLERS-INJEKTIONER

2. Jag inser att det, under operationen och den medicinska behandlingen, eller anestesin, kan inträffa oförutsedda händelser som nödvändiggör andra ingrepp eller förfaranden än de som nämns ovan. Därför befullmäktigar jag ovan nämnda läkare och hennes assistenter eller utvalda ställföreträdare att utföra sådant som enligt hennes professionella bedömning är nödvändiga eller önskvärda. Fullmakten under denna paragraf ska inkludera alla tillstånd som kräver behandling och som inte är kända för min läkare då behandlingen startar.

3. Jag samtycker till den anesthesi som anses nödvändig eller tillrådlig. Jag är medveten om att alla former av anesthesi är förenat med risker och möjligheten finns för komplikationer, skador och ibland döden.

4. Jag erkänner att ingen har gett mig några garantier angående resultatet och jag fått information om förväntat förlopp för behandlingen och förväntat resultat, eventuella behov av fortsatt behandling.

5. Jag samtycker till att bli fotograferad eller filmad före, under och efter operationen(erna) eller behandlingen(-arna), vilket inkluderar lämpliga delar av min kropp, för medicinska eller vetenskapliga syften eller i utbildningssyfte, under förutsättning att min identitet inte avslöjas av bilderna.

6. I medicinskt utbildningssyfte samtycker jag till observatörers tillträde i behandlingsrummet.

7. Jag ger mitt tillstånd för att lämna ut mitt personnummer till lämpliga organ för juridisk rapportering och registrering vid en medicinsk enhet, om så är nödvändigt.

8. Jag förstår att kirurgens avgifter är separerade från kostnaden för anesthesi och sjukhusavgifter, och jag accepterar detta. Om ett andra ingrepp blir nödvändigt kommer jag att krävas på ytterligare avgifter.

9. Jag inser att det är ett alternativ att INTE genomgå operationen.
10. Jag har fått information om pris för behandlingen.
11. Jag har fått information om vilken läkemedel/medel/substanser som används.
12. Jag har fått information om vilken patientförsäkring som man har som utövare och för verksamheten.
13. Jag är informerat om eftervård som konsumenten bör genomföra för att förhindra att det blir infektion/skada.
14. Jag har fått information att verksamheten är anmäld till IVO och står under deras inspektioner.
15. Jag har fått information och betänketid som är 2 dagar innan önskat behandling/injektion.
16. MAN HAR FÖRKLARAT FÖLJANDE FÖR MIG PÅ ETT SÄTT SOM JAG FÖRSTÅR:
- a. OVAN NÄMNDA BEHANDLING ELLER INGREPP SOM JAG SKA UNDERGÅ
 - b. DET KAN FINNAS ALTERNATIVA INGREPP ELLER BEHANDLINGSMETODER
 - c. INGREPPET ÄR FÖRENAT MED RISKER/BIVERKNINGAR.

JAG SAMTYCKER TILL BEHANDLINGEN ELLER INGREPPET OCH TILL OVAN NÄMNDA (PUNKT 1-16). JAG ÄR NÖJD MED HUR MAN HAR FÖRKLARAT DETTA FÖR MIG.

Patienten eller patientens förmyndare

Datum