COSMO CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

INFORMIRANI PRISTANAK ZA KEMIJSKI PILING

Ime pacijenta: _____

Datum: _____

Obaviješten/a sam da imam sljedeće stanje/stanja:

BORE / DISKROMAZIJE / GUBITAK TONUSA KOŽE

Informacije o zahvatu

1. Kemijski piling je postupak nanošenja kemijskih otopina na kožu radi poboljšanja izgleda linija, bora, nepravilnosti kože i određenih lokaliziranih estetskih stanja kože.
2. Tijekom pilinga mogu se pojaviti nelagoda i oticanje, a tretirano područje će formirati krastu koja obično otpada u roku od 1–2 tjedna.
3. Koža može ostati crvenkasta nekoliko tjedana ili dulje; na prijelazu tretiranih i netretiranih područja može doći do promjene boje i teksture kože.
4. Moguće je stvaranje ožiljaka koji mogu rezultirati trajnim promjenama izgleda kože.
5. Kemijski piling ne zaustavlja proces starenja; dodatni tretmani mogu biti potrebni ovisno o estetskim i kozmetičkim potrebama.
6. Pušenje može zakomplicirati tretman, zacjeljivanje i dugotrajnost rezultata.
7. Nema jamstva da će tretman biti uspješan; rezultati se razlikuju među pacijentima, a moguća je potreba za dodatnim tretmanima.
8. Pacijent je detaljno obavijestio liječnika o svojoj medicinskoj povijesti bolesti, uključujući upotrebu lijekova i alkohola.
9. Potrebna je potpuna suradnja s liječnikom; nesuradnja može smanjiti učinkovitost tretmana.
10. Ako se pojavi nepredviđeno stanje, liječnik ima ovlast prilagoditi tretman prema svojoj profesionalnoj procjeni.
11. Poduzet će se sve mjere opreza kako bi kemijska otopina ne došla u kontakt s očima; u slučaju kontakta mogu biti potrebni dodatni tretmani, a postoji rizik od oštećenja vida.
12. Revizijski tretmani su rijetki, ali mogući; obično se izvode pod lokalnom anestezijom.

Pristanak

Potvrđujem da sam pročitao/la i razumio/la ovaj pristanak, da su svi prazni dijelovi popunjeni i da dajem svoj dragovoljni pristanak za kemijski piling.

COSMO
CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

Potpis pacijenta (ili zakonskog skrbnika): _____

Potpis liječnika: _____

Datum: _____