

## ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu [*nazwa, opis zabiegu.....*].

Zostałam/em szczegółowo poinformowana/ny o:

1. przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
2. rodzaju, technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
3. pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
4. możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
5. możliwych powikłaniach zabiegu,
6. sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
7. czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu ,
8. minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu
9. o możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie zabiegu lub po zakończeniu; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający,
10. o sposobach postępowania po wykonaniu zabiegu.

Jestem w pełni świadoma/y, że nie da się przewidzieć lub zagwarantować oczekiwanych wyników zabiegu.

Miałam/em możliwość pytań dotyczących proponowanego zabiegu. Oświadczam że, zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonie zabiegu.

---

Data i podpis pacjentki/a

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia na potrzeby:

[  ] przeprowadzania zabiegów w gabinecie [.....]

[  ] marketingowe.

---

Data i podpis pacjentki/a

Administratorem danych osobowych jest EMPIRE Pharma Sp. Zo.o. z siedzibą w Radzyminie, al. Jana Pawła II 59.

Dane osobowe przetwarzane będą w celu utrzymania kontaktu, wykonywania zabiegów kosmetycznych w gabinecie..... lub działań marketingowych.