

Tým PANACEA HAIR CLINIC (lékaři a zdravotní sestry) Vám nabízí provést lékařský výkon – vlasovou transplantaci metodou GHO-FM, k jehož zdárnému průběhu a požadovanému výsledku je potřeba respektovat určitá pravidla. Vaše aktivní spolupráce je na tomto zákroku zcela nezbytná, a proto Vám tým PANACEA HAIR CLINIC předkládá následující **informovaný souhlas**.

Pacient

Datum narození

Adresa

Tel/email

Diagnóza

Lékařský výkon

Lékař

Já, níže podepsaný pacient stvrzuji:

1.

Četl/-a jsem, porozuměl/-a jsem a беру na vědomí všechny mně dané informace, rady a doporučení k lékařskému výkonu – vlasové transplantace metodou GHO-FM. Všechny dotazy mi lékař zodpověděl. Pokud budu mít ještě další dotazy, mohu kdykoliv znovu kontaktovat PANACEA HAIR CLINIC nebo ošetřujícího lékaře. Jsem seznámen/-a s průběhem, cílem i účelem lékařského výkonu, s jeho povahou, s jeho pozitivy a předpokládaným prospěchem, s jeho následky i s možnými riziky a možným nepohodlím, které bylo možné v rozumné míře předvídat, rovněž jsem seznámen/-a s alternativními metodami ošetření a s jejich dopady na můj zdravotní stav.

2.

Rozumím tomu a беру na vědomí, že po lékařském výkonu se mohou vyskytnout nejen očekávané a žádoucí efekty, ale také dočasně na některých místech strupy, lehké krvácení, otok, změna barvy kůže, lehká infekce nebo alergická reakce. Rozumím a беру na vědomí, že konečný kosmetický výsledek lékařského výkonu bude viditelný po 6 až 12 měsících po jeho provedení. Lékař mě rovněž informoval o možných omezeních v mém obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení lékařského výkonu. Potvrzuji, že jsem obdržel/-a písemné pokyny, které jsou vhodné, abych dodržoval/-a v rámci preventivních opatření a léčebného režimu, byl/-a jsem poučen/-a také o kontrolních zdravotních výkonech (vyšetření před vlasovou transplantací, režim kontrol po jejím provedení).

3.

Rozumím tomu a beru na vědomí, že tým PANACEA HAIR CLINIC provede lékařský výkon pečlivě a přesně, ovšem přesto nemůže být na výsledky lékařského výkonu dána plná záruka.

4.

Rozumím tomu a beru na vědomí, že tým PANACEA HAIR CLINIC/ošetřující lékař není zodpovědný za škody a zranění jakékoliv povahy, které by mohly souviset s provedeným lékařským zákrokem/ošetřením a které vznikly po opuštění zdravotnického zařízení, kde byl zákrok proveden, tj. PANACEA HAIR CLINIC, Koněvova 31, Praha 3 (jde např. o zranění v dopravních prostředcích a jiné).

5.

Rozumím tomu a beru na vědomí, že týmu PANACEA HAIR CLINIC/ošetřujícímu lékaři musím poskytnout relevantní informace dle svého nejlepšího vědomí a být nápomocen celému týmu PANACEA HAIR CLINIC/ošetřujícímu lékaři, aby lékařský výkon proběhl hladce. Zvláště jsem si vědom toho, že se na kliniku musím dostavit ke všem sjednaným konzultacím a na předepsaná ošetření.

6.

Pokud se nebudu moci dostavit na objednaný termín z důvodu, který jsem nemohl/-a předpokládat, dám toto neprodleně vědět týmu PANACEA HAIR CLINIC, uvedu tyto důvody, a pokud budu požádán/-a, předložím také písemný doklad. Následně může být domluven nový termín konzultace nebo ošetření.

7.

V případě, že po lékařském výkonu vyroste méně než 80 % posazených štěpů, provede tým PANACEA HAIR CLINIC/ošetřující lékař jednu z následujících možností:

- a) nový odběr a nové posazení příslušného domluveného počtu štěpů nebo
- b) vedení kliniky vrátí pacientovi/-ce finanční prostředky maximálně však do výše 30 % zaplacené částky z předchozího lékařského výkonu.

Výše uvedené platí, pokud nebyla příjmová oblast poškozena dermatologickým onemocněním, lokální léčbou, jakýmkoliv lékařským zákrokem nebo traumatem.

Shora uvedené se vztahuje na klienty, kteří netrpí žádným metabolickým a jiným onemocněním, jež by mohlo proces hojení a úchytu štěpů negativně ovlivnit.

Považujeme za důležité upozornit naše klienty, že klinickými studiemi byl pozorován negativní vliv kouření na vhojování štěpů. Kouření v období 14 dní před operací a 7 dní po operaci může snížit úchyt FUE štěpů až o 20 %.

U ženské alopecie s neprokázanou příčinou padání vlasů nelze garantovat 80% úspěšnost transplantace jako u mužů.

8.

Rozhodné právo a soudní dvůr:

- rozumím a beru na vědomí, že právní vztah mezi pacientem a klinikou PANACEA HAIR CLINIC/ošetřujícím lékařem spadá pod český právní řád
- rozumím a beru na vědomí, že veškeré spory vzešlé z tohoto vztahu a vztahující se ke PANACEA HAIR CLINIC/ošetřujícímu lékaři mohou být předány k řešení pouze soudu v Praze

9.

K dosažení žádaného výsledku mi lékař PANACEA HAIR CLINIC doporučil následující počet štěpů:

vpředu:

vzadu:

10.

Chci podstoupit lékařský zákrok (*zakroužkujte svoji volbu, prosím*): ANO NE

Zálohu* ve výši 15 000,- Kč/ 20 000,- Kč jsem

A) složil/-a hotově

B) zaslal/-a bankovním převodem:

ČSOB, a. s., Biskupcova 7, 130 00 Praha 3 – Žižkov

č. ú.: 190 215 239/0300

variabilní symbol: (*den lékařského zákroku ve tvaru xxyy*)

*záloha je vratná v případě, že se na termín lékařského výkonu dostavíte v pořádku a včas, nebo omluvíte-li se nejpozději 96 hodin před začátkem výkonu (vzkaz můžete zanechat také na našem záznamníku), v opačném případě záloha bohužel propadá

Zbytek částky zaplatím hotově v den lékařského výkonu. Bankovní převod je rovněž možný, ale finanční částka musí být uhrazena vždy před datem operace.

K ceně operace se připočítává rovněž interní předoperační vyšetření ve výši 850,- Kč, pokud je provedeno na naší klinice. Vyšetření donesená od vlastního praktického lékaře nebo internisty jsou rovněž akceptovatelná.

Vedení PANACEA HAIR CLINIC je oprávněno cenu lékařského výkonu kdykoliv změnit v důsledku inflace, tržně podmíněných změn nebo změn ceníku kliniky. Rozumím a beru na vědomí, že vedení PANACEA HAIR CLINIC může o takové změně rozhodnout, jestliže mezi podepsáním souhlasu k výkonu lékařského zákroku nebo mezi konzultací a lékařským zákrokem (prvním nebo následným) uběhlo více jak šest měsíců.

Rozumím a beru na vědomí, že PANACEA HAIR CLINIC je oprávněna zrušit lékařský zákrok bez finanční náhrady, pokud sjednaná cena za něj nebyla zaplacená.

Rozumím a beru na vědomí, že PANACEA HAIR CLINIC není povinna vrátit již složené finanční částky, pokud pacient zrušil lékařský výkon dva dny před jeho začátkem. Pokud ke zrušení vedly důvody, které se nedaly předpokládat a kvůli kterým nelze stanovit nový termín, vrátí PANACEA HAIR CLINIC veškeré již složené finanční částky.

Rozumím a beru na vědomí, že nebudu žádat žádnou zdravotní pojišťovnu o proplacení finanční částky mnou na vlasovou transplantaci vynaložené.

11.

Tímto souhlasím, aby lékař a jeho tým PANACEA HAIR CLINIC vykonal veškerá nutná lékařská opatření, případné testy a podal anestezii za účelem provedení vlasové transplantace metodou GHO-FM.

12.

Vím a chápu, že v celém prostoru PANACEA HAIR CLINIC je zakázáno kouřit, neboť dle českého právního řádu jsou zdravotnická zařízení včetně klinik nekuřáckými zařízeními. Jsem si vědom/-a toho, že poruším-li toto nařízení během svého pobytu na klinice, má lékař právo odmítnout provést lékařský zákrok nebo ho kdykoliv okamžitě ukončit.

13.

Beru na vědomí, že ve všech prostorech zdravotnického zařízení/kliniky platí zákaz pořizovat obrazové snímky, obrazové a zvukové záznamy. O výjimkách rozhoduje primář zdravotnického zařízení/kliniky a souhlas musí být dán předem v písemné podobě. Všechny pořízené obrazové snímky, obrazové a zvukové záznamy bez souhlasu primáře zdravotnického zařízení/kliniky podléhají skartaci na místě. Zveřejněné nepovolené obrazové snímky, obrazové a zvukové záznamy budou řešeny v rámci kompetence právního oddělení zdravotnického zařízení/kliniky, kde byly neoprávněně pořízeny. (Ze zákroku je pořizována oficiální fotodokumentace a v případě zájmu může pacient pro své účely dostat kopii na CD nosiči ihned po skončení lékařského zákroku, bude-li to technicky a časově možné.)

14.

Stvrzuji svým podpisem, že lékař mi sdělil a vysvětlil údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích lékařského výkonu, že jsem byl/-a poučen/-a o dostupných alternativách tohoto lékařského zákroku a že jsem byl/-a informován/-a také o možném omezení v mém obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení lékařského zákroku. Potvrzuji, že jsem obdržel/-a písemné pokyny o léčebném režimu a preventivních opatřeních, které jsou vhodné, abych dodržoval/-a v rámci preventivních opatření a léčebného režimu, byl/-a jsem poučen/-a také o kontrolních zdravotních výkonech. Údajům a poučením jsem porozuměl/-a, všechny mé otázky mi byly lékařem uspokojivě zodpovězeny.

15.

Beru na vědomí a respektuji, že opuštění kliniky je možné až po finální kontrole, se souhlasem ošetřujícího lékaře a v doprovodu personálu kliniky.

..... v Praze

.....
pacient/-ka

.....
MUDr. Peter Hajduk
PANACEA HAIR CLINIC