



## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SAJÁT VÉRSZÉRUM KEZELÉSHEZ

Név: ..... Szül.dátum: .....

Anyja leánykori neve: .....

Fent nevezett, felelősségem tudatában kijelentem, hogy dr. Gajdos Gáborral történt konzultáció során részletes felvilágosítást kaptam a saját vérszérum kezelés menetéről, az azzal kapcsolatos kockázati tényezőkről. Megbeszéltük az injekció beadásánál esetleg felmerülő általános és speciális szövődmények lehetőségét.

Ugyanakkor igazolom, hogy megelőzőleg figyelmesen elolvastam és megértettem a „Leírás és beteg tájékoztató a saját vérszérum injekcióval történő bőrfeszítő, ránctalanító kezeléshez” című írásos tájékoztató anyagot. Az olvasottakkal kapcsolatos kérdéseimre a megbeszélés során számomra érthető, kielégítő és elfogadható válaszokat ill. magyarázatot kaptam.

További tájékoztatásra nem tartok igényt. A fentiek figyelembe vételével, saját felelősségemre kérem a kezelés elvégzését. Egyben tudomásul veszem, hogy az általam ideálisnak vélt és a tényleges eredmény eltérhet egymástól, mivel a kezelés hatékonysága egyéni reakciótól függ. (Javulás azonban minden esetben jogosan elvárható.) Beleegyezésemet adom a szakmailag előírt dokumentáció szerves részét képező, a kezelést megelőző, majd azt két héttel követő, fényképfelvételek elkészítéséhez és archiválásához. A készült felvételek, előzetes hozzájárulásom nélkül, nem adhatók ki harmadik fél részére és nem használhatók promóciós célokra.

**A beavatkozás helye:** 2013 Pomáz, Jankovich Gyula. u. 2. – Euritmia-Medic Bt. Sebészeti magánrendelő

**A beavatkozást végzi:** dr. Gajdos Gábor sebész szakorvos

A megállapodás a kezelés szakszerű elvégzésére szól.

.....

A páciens aláírása

Dátum: Pomáz, 20

