

## Informovaný souhlas SmoothShapes

Jméno, příjmení

Potvrzuji, že souhlasím s aplikací procedury s přístrojem SmoothShapes v LaserOne centru a prohlašuji, že je to moje volba.

Rozumím možným vedlejším efektům procedury, které zahrnují začervenání kůže, jemné brnění, pocit tepla, modřiny, oděr kůže, zvýšení nucení k močení, které mohou trvat od několika dní až po 3-4 dny nebo déle a nedosažení požadovaných výsledků. Mohou se objevit i další nepopsané vedlejší efekt. Protože laser může způsobit poškození očí, je třeba používat po celou dobu procedury příslušné ochranné brýle. Vážné komplikace jsou velmi mimořádné, ale možné.

•• (\*) Souhlasím s pořízením foto nebo video dokumentace ke zhodnocení klinické efektivity, pro další lékařské vzdělávání a školení, profesionální publikace nebo obchodní účely. Žádné z fotografií nebo videa umožňující poznat moji identitu nebude použito bez mého písemného souhlasu. Pokud je identita na fotografiích nebo videu skryta, není k jejich využití třeba mého dalšího souhlasu.

(\*) *Zaškrtněte, pokud souhlasíte.*

Instrukce před a po proceduře se mnou byly detailně probrány. Procedura, její alternativy, potenciální výhody a rizika byla vysvětlena k mé spokojenosti. Všechny otázky mi byly zodpovězeny.

Datum .....

Podpis .....