

Datum:

Procedura

## Informirani pristanak

*Podaci o pacijentu*

Ime i prezime

Adresa

Broj telefona

E-mail:

Alergije DA - NE

Navedite koje

Osjetljivost kože DA - NE

Da li ste ranije imali tretman Botoxom

DA - NE

*Pristanak pacijenta*

- ☐ Saglasan/na sam sa procedurom aplikacije botulin toksina, koja podrazumijeva preciznu injekciju supstance u ciljane regije kože radi smanjenja vidljivosti bora koristeći Botox koji je pravilno skladišten i u dobrom roku.
- ☐ Upoznat/a sam sa potencijalnim neželjenim efektima, uključujući alergijske reakcije, privremeno spuštanje kapaka ili obrva, te mogućnost blagog otoka i crvenila na mjestu aplikacije.
- ☐ Razumijem da je potrebno do dvije sedmice za potpuno izražavanje efekata tretmana, te da se eventualne korekcije mogu razmotriti nakon ovog perioda.
- ☐ Svjestan/na sam da individualni odgovor na tretman može varirati, te da je uobičajeno očekivati trajanje efikasnosti od 3-4 mjeseca, s maksimalnim periodom djelovanja od 6 mjeseci.
- ☐ Imalo/a sam priliku postaviti pitanja i dobila sam detaljne odgovore na sve nedoumice.
- ☐ Doktorica me je detaljno upoznala s postoperativnim protokolom, uključujući pravilno ponašanje nakon tretmana i upozorila me na važnost pridržavanja tih smjernica radi očuvanja željenih rezultata i minimiziranja mogućih komplikacija.
- ☐ Pristajem da se fotografije prije i nakon koriste u svrhu edukacije i promocije, uz zaštitu identiteta, te sam svjestan/na da će moje informacije biti tretirane u skladu s pravilima o zaštiti privatnosti.

*Saglasnost*

Svojim potpisom svjesno potvrđujem da sam pažljivo pročitao/la, u potpunosti razumio/la i saglasan/na sam sa procedurom aplikacije botulin toksina, kao i sa navedenim rizicima i mogućim efektima, te izjavljujem svoj puni pristanak za izvođenje navedenog tretmana od strane medicinskog osoblja.

Potpis pacijenta

Potpis ljekara

Datum

Mjesto