

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 operativni zahvat kapaka

DA - NE

Pristanak pacijenta

- ☐ Svjestan/na sam da operativni zahvat kapaka nosi određene rizike i moguće komplikacije, uključujući ali ne ograničavajući se na infekcije, krvarenje, asimetriju, suhoću očiju, otežano zatvaranje kapaka ili promjene senzornog ili motoričkog funkcionaliteta oka.
- ☐ Shvatam da je postoperativni period nakon operacije kapaka važan za pravilan oporavak i postizanje optimalnih rezultata, te sam informiran/na o preporučenim aktivnostima i pravilima ponašanja nakon operacije.
- ☐ Obavješten/na sam da su ishod operacije i individualni rezultati varijabilni i ovise o više faktora, uključujući stanje kapaka prije operacije, individualnu anatomiju i opće zdravstveno stanje.
- ☐ Pristajem da se fotografije prije i nakon operacije kapaka 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.
- ☐ Potvrđujem da su mi pružene sve informacije o operativnom zahvatu kapaka, te da sam imao/la priliku postaviti sva pitanja i dobiti odgovore prije donošenja odluke o pristanku na operaciju.

Saglasnost

Svojim potpisom svjesno potvrđujem da sam pažljivo pročitao/la, u potpunosti razumio/la i saglasan/na sam sa procedurom operacije kapaka, 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