

DOTTORE _____
COGNOME _____ NOME _____
INDIRIZZO _____
TELEFONO _____ E-MAIL _____

MODULO DI DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO CON ART FILLER® E X-HA®

Si prega di leggere e compilare il presente modulo di consenso, assicurandosi di aver ben compreso tutte le informazioni in esso contenute e di accettare e comprendere il programma di trattamento.

DOCUMENTO CONSEGNATO A:

COGNOME: NOME:
DATA DI NASCITA: / / INDIRIZZO:
TELEFONO: E-MAIL:

Acconsento al piano di trattamento con ART-FILLER E X-HA che mi è stato proposto, dopo attenta valutazione della mia anamnesi e fornendomi esaurienti spiegazioni in merito all'appropriatezza del trattamento rispetto alla situazione personale ed alle mie esigenze di miglioramento estetico.

Il trattamento sarà effettuato personalmente dal Dottor iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici al numero..... e assicurato per la responsabilità civile professionale nei trattamenti di medicina estetica.

Dichiaro di aver risposto in modo veritiero a tutte le domande contenute all'interno dello specifico questionario medico, riguardanti la mia anamnesi medica e la mia storia estetica. Ho dichiarato ogni mia eventuale allergia o potenziale controindicazione a me nota.

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti spiegazioni sulle caratteristiche e proprietà degli impianti con acido ialuronico ART FILLER® e X-HA®, come riportate nei documenti informativi dei prodotti, nonché in merito all'utilizzo, alle indicazioni, alle controindicazioni e ai potenziali effetti collaterali degli stessi impianti con acido ialuronico ART FILLER® e X-HA®.

Dichiaro che sono stato/a debitamente informato/a dal Dottore in merito a eventuali complicazioni relative a questo tipo di trattamento, ai possibili effetti collaterali, a complicazioni di minor rilevanza e a qualsiasi rischio noto inerente questo trattamento medico ed a cure pre e post trattamento.

In particolare, sono consapevole che gli effetti collaterali temporanei prevedibili del trattamento possono riguardare:

- Reazioni infiammatorie quali arrossamenti, edemi, ematomi, prurito o dolore della zona trattata che possono insorgere dopo l'iniezione;
- Le labbra, una parte particolarmente sensibile e soggetta a edemi di breve durata.

Le reazioni sopradescritte possono persistere per una settimana. È necessario riferire al più presto possibile ogni eventuale reazione che dovesse manifestarsi oltre la settimana successiva all'intervento o l'eventuale insorgenza di qualsiasi effetto collaterale diverso da quelli sopra indicati. Il dottore autore dell'intervento offrirà un trattamento appropriato che potrà implicare una durata di diverse settimane.

Nelle istruzioni d'uso dei prodotti per il trattamento sono riportati altri casi rari, quali indurimenti e noduli, alterazione del colore della pelle in corrispondenza del punto d'iniezione, necrosi, ascessi, granulomi e ipersensibilità, sui quali sono stato pure informato.

Dichiaro di aver avuto la possibilità di porre tutte le domande che desideravo al Dottore ed alle quali è stato risposto in modo soddisfacente. Qualora uno qualsiasi dei punti qui riportati non fosse ancora chiaro, sarà mio onere informare il medico di riferimento.

Dichiaro di aver letto e compreso le istruzioni riguardanti eventuali cure pre e post trattamento e di accettare di seguire tutte le raccomandazioni e le prescrizioni che il Dottore mi darà.

Firmando il presente documento confermo di aver compiuto la mia scelta come persona pienamente consapevole ed informata e, in seguito ad un'adeguata riflessione, consento, esplicitamente e senza riserva alcuna, al Dottore di eseguire il trattamento.

PAZIENTE	
Nome in stampatello:	Firma (preceduta dalla menzione "letto, capito e approvato") _____
Data: / /	_____
DOTTORE	
Nome in stampatello	Firma del Dottore _____
Data: / /	_____

Il sottoscrittoacquisite le informazioni fornite dal medico, Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del GDPR, con separata informativa, presta altresì il suo consenso al trattamento dei propri dati particolari, per finalità di trattamento di medicina estetica.

☐ SI ☐ NO trattamento dati particolari per finalità di medicina estetica

Nome e Cognome _____

Data _____

Firma del paziente _____