**Estetická chirurgie dr. Entner**

Potřebná laboratorní vyšetření k operaci

**Quick, PTT, malý krevní obraz**

**Možné komplikace po výkonu:**

**Neexistuje chirurgický zákrok, u kterého nemůže dojít ke komplikacím**

Operace probíhá většinou bez závažnějších komplikací. Může se vytvořit hematom (modřina).

**Pacient je povinen:**

Informovat svého ošetřujícího lékaře (operatéra) o všech chorobách, které prodělal, alergiích a lécích, které pravidelně užívá (především o lécích, které mají vliv na krevní srážlivost a krvácivost).

V případě **ambulantního zákroku** si dojednejte odvoz a domluvte se s někým, kdo Vám bude prvních 24 hodin k dispozici. **Pokud jste obdrželi před operací léky na zklidnění, vyvarujte se následujících 24 hodin řízení motorových vozidel.**

Pravidelné kontroly po zákroku a důsledné dodržování domácí pooperační péče jsou jeho součástí a jsou důležité k dobrému průběhu hojení.

**Informovaný souhlas s operací:**

O mé plánované operaci, o způsobu provedení výkonu, typu anestézie, hospitalizaci, průběhu hojení, očekávaném výsledku a možných komplikacích, stejně tak o ceně výkonu a dalších s výkonem souvisejících úkonů mne

**MUDr. M. Entner** vprůběhu pohovoru dne dostatečně informoval a všechny mnou položené otázky zodpověděl.

Nemám žádné další doplňující otázky a cítím se dostatečně informován(a). Dobrovolně a po dostatečné lhůtě na rozmyšlenou, jsem se rozhodl(a) podstoupit plánovaný zákrok.

**Současně potvrzuji, že při výskytu neočekávaných komplikací**, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života, nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života a zdraví, taktéž potvrzuji, že souhlasím s případným podáním krevní transfuze.

V případě, že nemám zdravotní pojištění v ČR, souhlasím tímto z lékařského pohledu s nutnými opatřeními při neočekávaných komplikacích, jako je například další hospitalizace na specializovaném oddělení a taktéž s plnou finanční úhradou této hospitalizace a dalších postupů s tímto souvisejících.

**Souhlasím / Nesouhlasím,** aby o mém zdravotním stavu byly informovány tyto osoby (jméno, příjmení, vztah k pacientovi):

**Souhlasím / Nesouhlasím** s publikací výsledků zákroku v podobě fotodokumentace pro prezentační, nebo výukové účely.

Datum:

Vlastnoruční podpis pacienta: Podpis lékaře:

Nebo zákonného zástupce:(jméno, příjmení, číslo osobního dokladu,…………………………vztah k pacientovi)