



.....
(Prénom et nom du patient)

.....
(Date de naissance)

.....
(Numéro de téléphone portable, adresse e-mail)

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT POUR LA PROCÉDURE:

- Chirurgie esthétique
- Médecine esthétique.
- Thérapie laser esthétique.
- Médecine régénérative.

• Veuillez cocher la ou les cases correspondant aux procédures pour lesquelles vous donnez votre consentement.

MÉDECINE ESTHÉTIQUE

- 1. Biostimulateurs. Biostimulateurs de collagène, acide poly-L-lactique (PLLA).
- 2. Biostimulateurs. Biostimulateurs tissulaires, molécule de jeunesse (type Profilo).
- 3. Botox - toxine botulique - muscles mimiques.
- 4. Botox - toxine botulique - migraines.
- 5. Botox - toxine botulique - hyperhidrose.
- 6. Botox - toxine botulique - bruxisme.
- 7. Botox - acide hyaluronique, correction des rides de la partie inférieure du visage. Soft-lift.
- 8. Fibrine riche en plaquettes (i-PRF), traitement de la peau du cuir chevelu.
- 9. Fibrine riche en plaquettes (i-PRF), traitement de la peau du visage, du cou et du décolleté.
- 10. Fibrine riche en plaquettes (i-PRF), injection thérapeutique du clitoris (O-shot).
- 11. Fibrine riche en plaquettes (i-PRF), injection thérapeutique des lésions.
- 12. Lifting non chirurgical du visage, fils PDO et PCL, méthode Aptos.
- 13. Lifting non chirurgical du cou, fils PDO et PCL, méthode Aptos.
- 14. Lifting non chirurgical des sourcils, effet « foxy eyes ». Fils PCL, méthode Aptos.
- 15. Rhinoplastie. Correction non chirurgicale de la forme du nez. Fils PCL, méthode Aptos.
- 16. Peeling médical, chimique, profond, Dermamelan élimine les taches pigmentaires.
- 17. Peeling médical, chimique, profond, acide TCA resurfaçage de la peau.
- 18. Lèvres. Régénération des lèvres. Fibrine riche en plaquettes (i-PRF).
- 19. Lèvres. Volumétrie des lèvres. Acide hyaluronique.
- 20. Volumétrie du visage, modelage à l'acide hyaluronique.
- 21. Volumétrie du visage, remplissage du visage avec sa propre graisse.
- 22. Volumétrie des mains, remplissage du dos des mains avec de l'acide hyaluronique.
- 23. Volumétrie des mains, remplissage du dos des mains avec sa propre graisse.

MÉDECINE RÉGÉNÉRATIVE

- 1. Électrostimulation musculaire, réduction des graisses, réhabilitation Complex.
- 2. Perfusions, perfusions intraveineuses, vitamine IV, thérapie nutritionnelle intraveineuse.
- 3. Thérapie de la douleur chronique de la colonne vertébrale et des articulations. Fibrine riche en plaquettes (i-PRF).



Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Médecine esthétique
- * Chirurgie esthétique
- * Thérapie laser esthétique
- * Médecine régénérative

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

- 1. Bichatectomie, réduction des boules de Bichat.
- 2. Blépharoplastie, chirurgie des paupières supérieures.
- 3. Blépharoplastie, chirurgie des paupières inférieures.
- 4. Blépharoplastie des paupières supérieures et inférieures.
- 5. Génioplastie, implants anatomiques du menton.
- 6. Liposuccion du menton et des angles de la mâchoire.
- 7. Liposuccion des hanches (culotte de cheval).
- 8. Liposuccion des flancs.
- 9. Liposuccion de l'abdomen.
- 10. Liposuccion de la poitrine.
- 11. Liposuccion des genoux.
- 12. Liposuccion des mollets.
- 13. Liposuccion du dos.
- 14. Liposuccion des bras.
- 15. Liposuccion des cuisses.
- 16. Remodelage des fesses (acide hyaluronique) (lipotransfert).
- 17. Augmentation mammaire naturelle (acide hyaluronique) (lipotransfert).
- 18. Lifting du cou, platysmaplastie, chirurgie du muscle digastrique.
- 19. Chirurgie des plis de peau lâche, procédure chirurgicale ambulatoire.
- 20. Reconstruction du lobe d'oreille déchiré, procédure chirurgicale ambulatoire.

LASEROTHÉRAPIE ESTHÉTIQUE

- 1. Raffermissment de la peau au laser (laser picoseconde - collagénogenèse).
- 2. Éclaircissement et nettoyage de la peau au laser (laser picoseconde - teint).
- 3. Élimination des maquillages permanents au laser (laser picoseconde).
- 4. Élimination des taches pigmentaires au laser (laser picoseconde - dépigmentation).
- 5. Élimination des tatouages au laser (laser picoseconde).
- 6. Élimination de la rosacée et des petites veines au laser (laser diode).
- 7. Excision des défauts cutanés au laser (laser ablatif eCO2).
- 8. Resurfaçage des cicatrices et chéloïdes au laser (laser ablatif eCO2).
- 9. Resurfaçage des couches de la peau au laser (laser ablatif eCO2).
- 10. Resurfaçage, dermabrasion des paupières supérieures ou inférieures (laser ablatif eCO2).
- 11. Acné, traitement de l'acné active au laser (laser ablatif eCO2).
- 12. Ultrasons HIFU - lifting profond du visage, du cou et du décolleté.
- 13. Épilation laser avec un laser épilatoire 3D 808+.

Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Médecine esthétique
- * Chirurgie esthétique
- * Thérapie laser esthétique
- * Médecine régénérative

Consentement éclairé du patient pour la procédure:

Je, soussigné(e), déclare avoir été informé(e) de manière compréhensible pour moi des:

- effets indésirables possibles et des complications liées à la procédure susmentionnée,
- contre-indications à la réalisation de la procédure,
- technique et méthode de réalisation de la procédure,
- effets possibles à atteindre de la procédure dans mon cas,
- procédures post-opératoires,
- durée des résultats obtenus,
- nombre minimal de procédures nécessaires pour obtenir les effets planifiés,
- méthodes alternatives de traitement (y compris l'abstention de traitement) et des procédures alternatives.

..... signature

Je suis conscient(e) que l'effet possible à atteindre de la procédure, la période de guérison et l'efficacité de toute thérapie éventuelle sont strictement dépendants du cas individuel et dépendent de nombreux facteurs, notamment de mon état de santé, de mon âge, de la réaction individuelle de ma peau et de tout mon organisme aux médicaments administrés et aux méthodes de traitement utilisées.

..... signature

Avant de commencer la procédure, j'ai donné des réponses complètes et véritables aux questions posées lors de l'entretien concernant: mon état de santé, l'existence ou non d'une grossesse, les médicaments pris, les procédures antérieures, les mesures et méthodes d'hygiène utilisées. J'ai fourni les informations de manière fiable.

..... signature

Je suis conscient(e) que l'apparition de conséquences négatives typiques et de complications, dont j'ai été informé(e) avant la réalisation de la procédure, ne me donne pas le droit de déposer des réclamations, car en fournissant des informations complètes aux questions posées lors de l'entretien, ainsi qu'en recevant des informations complètes et compréhensibles concernant la procédure et ses effets indésirables et en étant en mesure de prendre une décision librement, j'ai moi-même accepté un tel risque. Je suis également conscient(e) que la base des réclamations ne peut pas être la divergence entre le résultat, dont la portée et le type ont été clairement définis avant de commencer la procédure, et mes attentes.

..... signature

Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Médecine esthétique
- * Chirurgie esthétique
- * Thérapie laser esthétique
- * Médecine régénérative

Je déclare avoir eu la possibilité de poser des questions au médecin concernant la procédure planifiée, les complications possibles, le risque de complications, le traitement ultérieur, les recommandations post-procédure, et les réponses étaient compréhensibles et exhaustives pour moi.

..... signature

Je déclare que le contenu du consentement m'a été présenté avant de procéder à la procédure, et que le temps écoulé entre la présentation du contenu du consentement et la réalisation de la procédure était entièrement suffisant.

..... signature

Je déclare avoir pris connaissance du document ci-dessus, y compris les informations écrites fournies concernant la procédure planifiée, constituant une annexe à la présente déclaration et je donne mon consentement éclairé pour la réalisation de la procédure.

..... signature date et signature lisible

Je consens à ce qu'on me donne les anesthésiques proposés. Je comprends que toutes les formes d'anesthésie comportent un risque de complications, y compris la mort.

..... signature date et signature lisible

Signature et cachet du médecin réalisant la procédure:

.....

• La base légale pour obtenir le consentement écrit des patients pour la procédure est l'article 34, paragraphe 1, de la loi sur la profession de médecin et de dentiste du 5 décembre 1996 (Journal officiel 2015, article 464, avec modifications ultérieures) et l'article 18 de la loi sur les droits des patients et le médiateur des patients (Journal officiel 2016, article 186).

