**Informovaný souhlas klienta s ošetřením na přístroji ULTRACONTOUR**

1. Předmětem zákroku je ultrazvuková lipolýza přístrojem ULTRACONTOUR®, ošetření se skládá ze dvou částí – aplikace vysoce intenzivního fokusovaného transduceru a ultrazvukové masážní drenáže (na klientem vybraných partiích).
2. Předpokládaný výsledek ošetření: úbytek centimetrů v ošetřované partii a uvolňování lymfatických cest těla.
3. Plánovaný postup: aplikace vysoce intenzivního fokusovaného transduceru a aplikace ultrazvukové masážní drenáže (na klientem vybraných partiích).

Vybraná partie:……………………………………………………………………………….

1. Výkon bude probíhat dle popisu v bodě III.
2. Ošetření je bezbolestné a bez porušení integrity kůže.
3. Souhlasím s ošetřením na přístroji ULTRACONTOUR® a jsem si vědoma, že mohou vzniknout následky a komplikace, které nelze vyloučit, či předvídat. A jsem si vědom/a, že pro předpokládaný výsledek je zapotřebí několik ošetření.

Vybraný počet ošetření:……………………………………………………………………

1. Klient by měl po zákroku pocítit zlepšení fyzického a psychického stavu.
2. Ošetřené místo není nutné chránit, ani nějak speciálně ošetřovat.
3. Klient bere na vědomí, že pro předpokládaný výsledek ošetření je nutné dodržovat pitný režim – min. 3 litry nesladkých tekutin denně a nepřejídat se, čili příjem potravy by neměl přesáhnout 8400Kj (2000Kcal) denně.
4. Před započetím výkonu je klient povinen informovat ošetřující personál o pravidelně užívaných lécích kromě vitamínů a antikoncepci, předcházejících operačních zákrocích, kovovém implantátu v těle, onemocnění jater a ledvin a jiných závažných onemocněních a stavech, které by mohly výkon nepříznivě ovlivnit.
5. Kontraindikací pro ošetření na přístroji ULTRACONTOUR® je těhotenství, kojení, onkologické onemocnění, kovový implantát v místě aplikace, kardiologické onemocnění, onemocnění jater a ledvin, akutní horečnaté onemocnění, infekční onemocnění.
6. V případě jakýchkoli nejasností konzultujte vše před započetím s ošetřujícím personálem, v případě jakýchkoliv pozákrokových komplikací informujte ihned při zjištění majitelku agentury Evu Doležalovou.
7. K podstoupení výše uvedeného ošetření jsem se rozhodl/a svobodně a bez nátlaku.
8. Já ……………………………………………………………………………………………………

Narozen/a ………………………………………………………………………………..

Bytem ………………………………………………………………………………………….

Tel.: ………………………………………………………………………………………….

tímto výslovně prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že mi byly předány veškeré požadované informace o ošetření na přístroji ULTRACONTOUR® a se všemi informacemi uvedenými na v článku I. – XIII. Zcela a beze zbytku souhlasím. Zároveň tímto také stvrzuji, že jsem všemu porozuměla, a že jsem mohla klást otázky, na které mi bylo řádně a vždy zodpovězeno. Zároveň souhlasím se zpracováním osobních údajů pro potřeby Agentury SAXANA – Evy Doležalové s uchováním po dobu 2 let od podpisu tohoto souhlasu. Zároveň prohlašuji, že jsem vědomě nezamlčela žádnou skutečnost, která by mohla negativně ovlivnit průběh ošetření, a že budu spolupracovat s ošetřujícím personálem, zároveň mám právo vyžádat si kdykoliv, jakékoliv informace ohledně ošetření a přístroje ULTRACONTOUR®.

V Náchodě dne ……………………………….

…………………………………………………………. ……………………………………………

Jméno a příjmení klienta podpis klienta

…………………………………………………………. …………………………………………..

Jméno a příjmení oš.personálu podpis