



Παρακαλώ, συμπληρώστε τα στοιχεία σας:

**Όνομα**

**Επώνυμο**

E-mail

**Διεύθυνση**

**Περιοχή / Πόλη**

**Τηλέφωνο επικοινωνίας**

**Κινητό Τηλέφωνο**

**BMI**

**Έχετε χειρουργηθεί στο παρελθόν;**

Ναι. Ποιά/ες ήταν η/οι επέμβαση/εις και πότε?

Όχι

**Καπνίζετε;**

Ναι

Όχι

**Έχετε ιστορικό ιατρικών παθήσεων;**

Υπέρταση

Αναπνευστικά προβλήματα

Καρδιαγγειακά προβλήματα

Διαβήτης

Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση ή πνευμονική εμβολή

**Είσαστε έγκυος?**

Ναι

Όχι

**Έχετε αλλεργίες;**

Ναι και που?

Όχι

**Παίρνετε φάρμακα, βιταμίνες ή αντισυλληπτικά χάπια;**

Ναι και ποια?

Όχι

**Από πού μάθατε για εμάς;**

Media (Εφημερίδες, περιοδικά, internet)

Την ιστοσελίδα μας

Τηλεόραση

Σύσταση

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ – ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΕΝΤΟΛΗΣ

Ο/Η υπογράφων την παρούσα ....., παρέχω αβίαστα την εντολή στον/στην Δρ ΙΩΑΝΝΗ ΛΙΑΠΑΚΗ να προβεί στην εξής επέμβαση, περιγραφόμενη σύμφωνα με την σχετική απόφαση της Ελληνικής Εταιρείας Πλαστικής Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής: .....

1. Η ανωτέρω περιγραφείσα επέμβαση έχει επαρκώς και λεπτομερώς εξηγηθεί σε κατ' ιδίαν συζήτηση με τον Πλαστικό Χειρουργό Δρ ΙΩΑΝΝΗ ΛΙΑΠΑΚΗ, τα ρίσκα και οι επιπλοκές της, κατόπιν δε αυτού δηλώνω ότι, έχω κατανοήσει πλήρως τη φύση, τις ιδιαιτερότητες και τις συνέπειές της.

2. Πέραν της γενικής αυτής ενημερώσεως, ο ανωτέρω Πλαστικός Χειρουργός μου επέστησε την προσοχή και μου αιτιολόγησε επαρκώς τα εξής:

α. ότι η διενέργεια τομών στο δέρμα προκαλεί μόνιμες ουλές σε αυτό, θα καταβληθεί όμως προσπάθεια για την κατά το δυνατόν καλύτερη εμφάνιση αυτών.

β. ότι είναι πιθανόν να συμβούν επιπλοκές, οφειλόμενες σε εξωγενείς παράγοντες, όπως φλεγμονή, οίδημα, αιμάτωμα, δυσχρωμία, μόλυνση, κάψα, υπερτροφική ουλή, χηλοειδές κλπ, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία.

3. Σε περίπτωση κατά την οποία ανάγκη διενέργειας πρόσθετων χειρουργικών πράξεων, οφειλόμενων σε απρόβλεπτους παράγοντες, δηλώνω ρητά, ότι παρέχω την προς τούτο σχετική συγκατάθεσή μου στον Ιατρό ή τους συνεργάτες του. Το κόστος των επιπλέον επεμβάσεων επιβαρύνουν τον/την ασθενή.

4. Παρέχω επίσης την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου για χορήγηση της αναισθησίας τοπικής, γενικής νευροαναλγησίας ή περιοχικής από τον ίδιο τον Δρ ΙΩΑΝΝΗ ΛΙΑΠΑΚΗ ή από ειδικευμένο Αναισθησιολόγο της απολύτου επιλογής του.

5. Γνωρίζω ότι η εξάσκηση της Ιατρικής και ειδικά της Πλαστικής Χειρουργικής δεν είναι ακριβής επιστήμη. Καμιά εγγύηση δεν μπορεί να δοθεί για το αποτέλεσμα ή την θεραπεία. Ορισμένοι ασθενείς έχουν πολύ μεγάλη βελτίωση, άλλοι λιγότερη. Γνωρίζω ότι ο Ιατρός θα κάνει το καλύτερο για εμένα παρότι ατυχήματα ή λάθη μπορεί να συμβούν στην Ιατρική.

6. Ζάλη μπορεί να εμφανιστεί την πρώτη εβδομάδα μετεγχειρητικά, ειδικά στο σήκωμα από καθιστή θέση ή το κρεβάτι. Αν αυτό συμβεί, θα πρέπει να υπάρχει ιδιαίτερη προσοχή και κάποιος/α να είναι μαζί σας ειδικά στο μπάνιο τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Μην προσπαθήσετε να περπατήσετε αν εμφανιστεί ζάλη.

7. Αν είμαι καπνιστής/τρια, δέχομαι ότι την πιθανότητα αναπνευστικών επιπλοκών και καθυστερημένης επούλωσης από ότι συνήθως. Είμαι ενήμερος/η ότι χειρουργείο αντενδείκνυται σε βαρείς καπνιστές/τριες.

8. Συμφωνώ να φωτογραφηθώ πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εγχείρηση και ότι οι φωτογραφίες αυτές θα ανήκουν στον Δρ ΙΩΑΝΝΗ ΛΙΑΠΑΚΗ. Οι φωτογραφίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε ιατρικά άρθρα, δικτυακό τόπο (site) ή βιβλίο του Ιατρού και χωρίς την συγκατάθεση μου.

9. Συμφωνώ να ενημερώνω τον Δρ ΙΩΑΝΝΗ ΛΙΑΠΑΚΗ για κάθε αλλαγή της διεύθυνσής μου και να συνεργαστώ μέχρι τέλος της θεραπείας μου. Είμαι ενήμερος/ος ότι θα πρέπει μετεγχειρητικώς να παρακολουθούμαι σε τακτά χρονικά διαστήματα.

10. Δεν είμαι αλλεργική/ός σε φάρμακα εκτός από: .....

11. Έχω γνωρίσει τον Πλαστικό Χειρουργό, έχω συζητήσει την τεχνική και την διάρκεια της επέμβασης, το κόστος της και τον τρόπο καταβολής του.

Διάβασα τις παραπάνω παραγράφους και συμφωνώ απόλυτα και εξουσιοδοτώ τον/την Δρ ΙΩΑΝΝΗ ΛΙΑΠΑΚΗ να προβεί στην παραπάνω επέμβαση σε μένα.

..... ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

..... ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Εάν ο ασθενής είναι ανήλικος, εγώ η/ο ..... συγκατατίθεμαι για την παραπάνω εγχείρηση.

..... ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ