



Głogowscy s.c.

Gabinet:

Centrum Medyczne Głogowscy s.c/
Centrum Medyczne Roksolana i Piotr Głogowscy
Głogowscy
NIP: 7922312450
Paderewskiego 4
37-500 Jarosław, Polska

Pacjent:

Brak Danych
PESEL brak danych
zzz 00
00-000 xxx

ZGODA PACJENTA NA ZABIEGI LASEROTERAPII

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z późn. zm.) oraz art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z późn. zm.) ja,

Brak Danych

PESEL: **brak danych**

wyrażam zgodę na wykonanie zabiegów **laseroterapii** w gabinecie:

Centrum Medyczne Głogowscy s.c/ Centrum Medyczne Roksolana i Piotr Głogowscy

Paderewskiego 4

37-500 Jarosław

przez **higienistkę stomatologiczną / kosmetologa** w dniu **07/04/2026**.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia - zgodnie z przeprowadzonym wywiadem medycznym.

Zobowiązuję się poinformować personel medyczny o wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia mogących mieć wpływ na przebieg zabiegu.

Przyjmuję do wiadomości, że przekazywane informacje stanowią dane poufne objęte tajemnicą medyczną.

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZABIEGU

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że laseroterapia jest zabiegiem wykorzystującym energię światła laserowego w celu wspomagania procesów biologicznych organizmu.

Laseroterapia stanowi **terapię wspomagającą**, której celem jest wspieranie naturalnych procesów regeneracyjnych organizmu. Zabieg ten nie zastępuje leczenia przyczynowego i może być stosowany jako element wspomagający inne procedury medyczne lub stomatologiczne.

Zabiegi laseroterapii mogą być stosowane w szczególności w celu:

- wspomagania gojenia się ran,
- zmniejszenia dolegliwości bólowych,
- zmniejszenia stanów zapalnych tkanek miękkich,
- poprawy kondycji dziąseł i przyzębia,
- przyspieszenia regeneracji tkanek po zabiegach stomatologicznych (np. po ekstrakcjach zębów),
- wspomagania leczenia zmian skórnych lub stanów zapalnych.

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że w wielu przypadkach dla uzyskania optymalnego efektu

terapeutycznego **konieczne może być wykonanie serii zabiegów laseroterapii**, wykonywanych w określonych odstępach czasu.

Liczba oraz częstotliwość zabiegów zależą od rodzaju schorzenia, reakcji organizmu oraz zaleceń personelu medycznego.

MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że zabiegi laseroterapii są zabiegami mało inwazyjnymi, jednak jak przy każdej procedurze medycznej mogą wystąpić działania niepożądane, w szczególności:

- przejściowe zaczerwienienie skóry lub błony śluzowej,
- uczucie ciepła w miejscu zabiegu,
- przejściowa nadwrażliwość tkanek,
- rzadko miejscowe podrażnienie skóry lub błony śluzowej.

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że przeciwwskazaniami do wykonania laseroterapii mogą być w szczególności:

- choroby nowotworowe w miejscu zabiegu,
- ciąża (w zależności od obszaru zabiegowego),
- aktywne infekcje w miejscu zabiegu,
- przyjmowanie leków powodujących nadwrażliwość na światło,
- inne choroby lub stany zdrowotne wymagające konsultacji lekarskiej.

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o charakterze zabiegu, możliwych korzyściach oraz potencjalnych działaniach niepożądanych.

Miałem(-am) możliwość zadawania pytań i uzyskałem(-am) na nie wyczerpujące odpowiedzi.

Rozumiem, że jak w przypadku wszystkich procedur medycznych **efekt terapeutyczny nie może być zagwarantowany**.

Mam świadomość, że mogę w każdej chwili **odwołać zgodę na wykonanie zabiegu**.

Data:

07/04/2026

Podpis pacjenta:

Brak Danych

Data podpisu

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna