**INFORMERAT SAMTYCKE FILLERS**

Sedan 1/7 2021 finns en ny lag som syftar till att rensa upp bland oseriösa behandlare och kliniker inom det estetiska injektionsområdet. Belle Visage och Humlegårdskliniken följer givetvis lagen och Socialstyrelsens regler som kräver skriftlig information och godkännande enligt följande.

Syftet med detta samtyckesformulär är att tillhandahålla skriftlig information om resultat och risker vid behandling med injektionsbehandlingar. Denna information fungerar som ett komplement till den diskussion du har med din behandlare.

Det är viktigt att du till fullo förstår denna information, så läs detta dokument noggrant innan du undertecknar.

Vid en behandling med hyaluronsyrafillers (som tex Restylane och Teosyal) kan man:

* Reducera rynkor, veck och fina linjer
* Återskapa volymförlust till följd av åldrande
* Addera volym till läpparna
* Konturera och förstärka ansiktsdrag
* Tillföra fukt och förbättra hudkvaliteten

Vid en behandling med botulinumtoxin kan man:

* Reducera rynkor och veck genom lokal muskelavslappning.
* Höja ögonbryn.
* Minska armsvett (hyperhidros)
* Minska tandgnissel (bruxism)

Behandlingarna utförs med en tunn nål alternativt trubbig kanyl.

Resultatet kan ofta ses omedelbart eller inom ett par dagar och håller i snitt 6-12 månader beroende på vilket område man behandlar. Behandlingseffekten kan sitta i både längre och kortare tid. De flesta patienter är nöjda med resultaten men som vid alla estetiska förfaranden finns det ingen garanti för att du kommer att vara helt nöjd. Det finns heller ingen garanti för att rynkor och veck kommer att försvinna helt, eller att du inte kommer att behöva ytterligare behandling för att uppnå önskat resultat. Resultatet av behandlingen är tillfälligt och det kommer att krävas underhålls-behandlingar för att bibehålla effekten.

Jag är medveten om att varaktigheten av behandlingen är beroende av många faktorer så som ålder, kön, vävnadsförhållanden, min allmänna hälsa och livsstilsförhållanden samt solexponering.

**Risker och komplikationer:**

Innan du genomgår behandlingen är det viktigt att förstå eventuella risker och biverkningar som kan förekomma samt att det kan finnas oförutsedda komplikationer som inte nämns i detta dokument.

*Vanligt förekommande biverkningar:*

* Obehag/smärta efter behandling, svullnad, rodnad, blåmärken och missfärgning

Dessa reaktioner är vanligen milda till måttliga och försvinner vanligen kort efter injektionen men vissa besvär såsom ömhet och blåmärken kan kvarstå i upp till två veckor efter behandlingen

*Sällsynta biverkningar:*

* Infektion
* Allergisk reaktion
* Reaktivering av herpes
* Knölar och synliga gula eller vita fläckar
* Granulombildning (enbart vid fillers)
* Lokal nekros om blodkärlsocklusion uppstår (enbart vid fillers)
* Övergående huvudvärk
* Oönskad muskelavslappning med sänk ögonlock eller liknande (enbart vid botulinumtoxin)

Humlegårdskliniken (Zmedical AB) har patient och ansvarsförsäkring tecknad hos Folksam och kliniken är registrerad hos inspektionen för vård och omsorg (IVO) sedan år 2001.

1. Jag är införstådd med att det finns risk för biverkningar och komplikationer vid alla invasiva behandlingar.
2. Jag har rätt att ställa frågor kring detta och att få tillfredsställande svar.
3. Jag har också rätt till information om andra likvärdiga behandlingsalternativ.
4. Jag har rätt till information om förväntat behandlingsförlopp och resultat.
5. Jag förstår att jag har rätt att avbryta behandlingen när som helst och har givits lagstadgad betänketid på 48 timmar inför behandlingen (betänketid gäller samtliga invasiva ingrepp såvida du inte har utfört samma behandling inom de senaste 6 månaderna).
6. Jag samtycker härmed till behandling med hyaluronsyrafiller eller botulinumtoxin och förfarandet har förklarats fullständigt för mig.
7. Jag förstår att behandlingen som utförs är mellan mig och min behandlare och jag kommer att rikta eventuella frågor eller bekymmer relaterat till behandlingen till den behandlande kliniken.
8. Jag är införstådd med att behandlaren för journal där bilder och information kring mina behandlingar sparas.
9. Jag godtar riskerna med behandlingen och jag förstår att inga garantier kring resultatet kan ges.
10. Jag intygar att om det sker förändringar i min medicinska historia kommer jag att meddela min behandlare detta.
11. Jag har blivit informerad om priserna på behandlingarna som skall utföras

Datum: …………………….. Kundens signatur: ……………………………………………………………………

 Namn: ………………………………………………………………………