# INFORMOVÁNÍ PŘED POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB
# APLIKACE BIOSTIMULAČNÍ VÝPLNĚ
# (Kalcium hydroxyapatit)

**Poskytovatel zdravotních služeb:**

**EsteDent, s.r.o.**
IČO: 015 56 886
se sídlem Horníkova 2485/34, 628 00 Brno
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Brně pod sp. zn. C 78597

**Plánovaný zákrok:**

**Aplikace biostimulační výplně na bázi kalcium hydroxyapatitu**

## 1. Úvodní informace

Uvažujete o provedení ambulantního zákroku, aplikaci biostimulační výplně na bázi kalcium hydroxyapatitu. Cílem aplikace je především povzbuzení novotvorby kolagenu v tkáních, průběh zákroku je detailněji popsán níže. Účinná látka může být u některých preparátů kombinována s kyselinou hyaluronovou, především pro zvýšení hydratačního a liftingového efektu.

Než se pro podstoupení zákroku definitivně rozhodnete, probere s Vámi ošetřující lékař Váš zdravotní stav a podrobně Vám vysvětlí průběh zákroku, včetně toho, co je potřeba dělat před zákrokem a jak má vypadat následná péče pro dosažení optimálních výsledků. Ošetřující lékař Vás dále upozorní na individuální rizika spojená s daným zákrokem a zodpoví všechny Vaše dotazy.

Pro informované rozhodnutí je nezbytné, abyste se předem podrobně seznámil/a s povahou zákroku, jeho podstatou, závažností, rozsahem a očekávaným přínosem. Informován/a tak budete také o veškerých známých rizicích a možných následcích plánovaného zákroku stejně jako o možných omezeních spojených s provedením zákroku.

Cílem tohoto dokumentu je Vás o výše uvedených skutečnostech informovat a pomoci Vám tak při Vašem rozhodování o tom, zda zákrok podstoupit. Některé další informace obdržíte v samostatných dokumentech (např. informace o výši a způsobu úhrady).

## 2. Popis zákroku

Jedná se o minimálně invazivní ambulantní zákrok, který se provádí pomocí atraumatických kanyl nebo tenkých jehel. Účinná látka stimuluje pokožku k tvorbě nového kolagenu, a tím navrací přirozený objem ochablé pokožce.
Zákrok je zaměřený na postupné zvětšení objemu dermis a omlazení pokožky s vyhlazením vrásek. Použití preparátů duálního složení, které kombinuje kalcium hydroxyapatit a kyselinu hyaluronovou, zároveň poskytuje hloubkovou hydrataci se silnějším okamžitým efektem doplnění objemu, což je klíčové pro celý proces vyplňování vrásek.

## 3. Cíl zákroku

Cílem zákroku je zlepšení vzhledu pleti postupným vyhlazením jemných vrásek a zpevněním pokožky. Toto ošetření se využívá též k řešení hlubších vrásek a ochablé pokožky, kdy však zpravidla nutná opakovaná aplikace.

## 4. Léčebný režim, preventivní opatření a potřeba poskytnutí dalších zdravotních služeb

Před zákrokem je nutné dodržovat následující léčebný režim:

- nejméně 1-2 týdny před zákrokem (není-li to v rozporu s jinými lékařskými pokyny), nepoužívejte antikoagulancia (léky proti srážlivosti krve) a nesteroidní protizánětlivé látky (aspirin, ibuprofen, paracetamol),
- nejméně 24 hodin před zákrokem vysaďte alkohol a tabákové výrobky,
- zhruba 1 týden před zákrokem je doporučeno vyhnout se používání agresivních pleťových produktů, jako jsou retinoidy nebo chemické peelingy.

Tento zákrok není vhodný pro pacienty s následujícími kontraindikacemi:
- alergie nebo přecitlivělost na účinnou látku nebo jiné složky přípravku,
- aktivní kožní infekce nebo záněty v ošetřovaných oblastech či aktivní dermatologické problémy (ekzémy, psoriáza, dermatitida),
- těhotenství nebo kojení,
- těžké alergie a anafylaxe,
- autoimunitní onemocnění, jako je lupus nebo revmatoidní artritida,
- koagulopatie (poruchy srážlivosti krve) nebo užívání některých léků, které mohou ovlivnit regeneraci pleti nebo zvyšovat riziko nežádoucích účinků (např. léky na ředění nebo proti srážlivosti krve),
- nezralé nebo nestabilní estetické výsledky po jiných výplních (pacient musí přicházet se stabilním výsledkem estetických zákroků).

Pokud se u Vás vyskytuje některá z výše uvedených kontraindikací, informujte ošetřujícího lékaře před provedením zákroku.

Efekt zákroku je závislý na použitém množství, typu kůže, věku pacienta, ošetřované oblasti apod. Zákrok je pro vyšší účinnost zpravidla nutné podstoupit opakovaně, přičemž rozmezí se může pohybovat v řádu měsíců. Zároveň pokud máte za sebou přechozí aplikace dermálních výplní nebo jiné estetické procedury, informujte o této skutečnosti ošetřujícího lékaře. V některých případech může být doporučeno čekat určitou dobu (např. 4–6 týdnů) mezi různými zákroky, aby se zajistil nejlepší možný výsledek a aby se předešlo komplikacím.

## 5. Možná omezení v obvyklém způsobu života, rizika a komplikace

Každý zákrok může znamenat určitá omezení v obvyklém způsobu života, rizika a vedlejší účinky.

Mezi běžné komplikace patří:
- mírný otok, modřinky či drobné krvácení z míst vpichů (obvykle odeznívají během 2 až 7 dnů),
- dočasné zarudnutí, svědění či zvýšená citlivost v ošetřené oblasti (obvykle odeznívá v rámci několika hodin nebo dnů).

Po zákroku je proto doporučováno:
- vyhnout se předklonům po dobu alespoň 8 hodin od zákroku,
- alespoň 24 hodin po zákroku nekonzumovat alkohol,
- alespoň 24 hodin po zákroku se vyhnout masážím, mačkáním a mechanickému tření v ošetřených oblastech, dokud nejsou plně zhojené,
- vyhnout se jakékoli intenzivní fyzické aktivitě a nadměrnému vystavení teplu (např. sauna, solárium) a slunečnímu záření alespoň po dobu 48 hodin po zákroku,
- nejméně 5 dnů po zákroku se nedoporučuje podstupovat kosmetické ošetření, masáže či zubní ošetření v případě, že aplikace proběhla v okolí úst,
- alespoň 12 hodin po zákroku nenanášet na ošetřované oblasti make-up,
- ošetřovaná místa je možné lehce promazávat hojivými či hydratačními přípravky.

Vzácně mohou nastat:

- alergická reakce, která může vzácně vést až k anafylaktickému šoku, který může vést i ke smrti pacienta v důsledku zástavy srdce nebo dýchání,
- poranění nervů, cév či měkkých tkání, což může vést k problémům se vzhledem, citlivostí nebo funkcí těchto tkání, které mohou vyžadovat další lékařský zásah nebo léčbu, tyto problémy však mohou být i trvalého rázu,
- možný výskyt lokální infekce a její rozšíření s rizikem sepse celého organismu,
- trombóza nebo blokace cév (vaskulární okluze), pokud je materiál injekčně aplikován do cév, což může vést k ischemii tkání,
- asymetrie a nespokojenost s výsledky aplikace,
- kožní nekróza (pokud dojde k aplikaci výplně do krevní cévy nebo jejího blízkého okolí, může to omezit průtok krve a způsobit nekrózu tkáně, příznaky zahrnují bledost, bolest, změnu barvy kůže a citlivost),
- zjizvení,
- náhodná intraarteriální injekce (extrémně vzácné a nepředvídatelné případy, kdy je výplňovým materiálem blokován přívod krve do oka nebo části mozku a tato blokáda může způsobit slepotu nebo cévní mozkovou příhodu).

**V případě jakýchkoli obtíží či nežádoucích reakcí kontaktujte ošetřujícího lékaře.**

## 6. Alternativní léčebné postupy

Pokud se rozhodnete, že tento zákrok není pro Vás vhodný, existují i jiné metody ošetření pokožky, které mohou být úspěšnou alternativou, např. aplikace jiných dermálních výplní (kyselina hyaluronová), aplikace botulotoxinu, mikrodermabraze, chemický peeling nebo laserová ošetření. Tyto možnosti Vám budou podrobně vysvětleny lékařem. Alternativou může být rovněž chirurgický zákrok, např. facelifting.

## 7. Informovaný souhlas

Jestliže se rozhodnete pro podstoupení tohoto zákroku, prostudujte si shora uvedené informování, zejména pak body týkající se léčebného zákroku a nevhodnosti (kontraindikací) zákroku. Před zákrokem máte právo klást ošetřujícímu lékaři doplňující dotazy, které Vám tento zodpoví.

Svůj souhlas se zákrokem můžete kdykoli odvolat, a to dokonce i v průběhu zákroku. V takovém případě však nemusí být výsledky provedeného vyšetření relevantní a ošetřující lékař je oprávněn další poskytování zdravotních služeb odmítnout.

Poskytovatel poskytuje tento zákrok pouze na základě předcházejícího písemného informovaného souhlasu, tedy po řádném informování pacienta o účelu a povaze zákroku, kdy toto informování probíhá s dostatečným předstihem před zákrokem mimo jiné prostřednictvím tohoto informování.

Verze Informování 1.0 platná ke dni 1. 4. 2026

**EsteDent s.r.o.**
IČO: 01556886
se sídlem Horníkova 2485/34, Líšeň, 628 00 Brno
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Brně pod sp. zn. C 78597

# INFORMOVANÝ SOUHLAS
# S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB
## APLIKACE BIOSTIMULAČNÍ VÝPLNĚ
## (Kalcium hydroxyapatit)

**Poskytovatel zdravotních služeb:**

**EsteDent s.r.o.**
IČO: 01556886
se sídlem Horníkova 2485/34, Líšeň, 628 00 Brno
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Brně pod sp. zn. C 78597

**Plánované vyšetření:**

**Aplikace biostimulační výplně**

**Pacient:**

jméno a příjmení:
nar. dne/r. č.:
bytem:
**e-mailová adresa:**

**Ošetřující lékař, zdravotnický pracovník:**

MUDr.
Mgr.
tel: +

**Souhlas s provedením zákroku**
Pacient/ka prohlašuje, že byl/a vyčerpávajícím způsobem informován/a o povaze, průběhu a účelu aplikace biostimulační výplně na bázi kalcium hydroxyapatitu, jeho předpokládaném přínosu, stejně jako o jeho vhodnosti, možných rizicích, alternativách, režimu před vyšetřením i bezprostředně po něm, o další potřebné léčbě, omezeních a doporučeních v obvyklém způsobu života, a to jak písemně v podobě Informování na webových stránkách poskytovatele (www.estedent.cz) a předaného před zákrokem, tak ústně zdravotnickým pracovníkem, a to **s dostatečným předstihem před udělením souhlasu** se zákrokem.

Dále pacient/ka prohlašuje, že byl/a zdravotnickým pracovníkem poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženým vyšetřením souhlasí, či nikoli.

Pacient/ka dále výslovně prohlašuje, že byl/a seznámen/a a poučena s tím, že k vyhodnocení výsledků vyšetření může ošetřující lékař využít umělou inteligenci, která mu pomáhá vypočítá skóre rizika pro jednotlivé nálezy. Pacient/ka dále výslovně souhlasí s tím, že vyhodnocení výsledků probíhá v podobě vzdáleného přístupu ošetřujícího lékaře k výsledkům vyšetření a s touto formou poskytování zdravotních služeb výslovně souhlasí, kdy současně byla informována v samostatném dokumentu o nutném rozsahu a podobě zpracování osobních údajů (GDPR).

Pacient/ka dále souhlasí, že bude s výsledky vyšetření seznámena v písemné podobě prostřednictvím emailu uvedeného v hlavičce tohoto souhlasu, kdy o nutném rozsahu a podobě zpracování osobních údajů byla také seznámena a informována v samostatném dokumentu (GDPR).

Pacient/ka prohlašuje, že veškeré poskytnuté informace byly dostatečné a srozumitelné, a že podaným informacím rozumí, nemá žádné další otázky ani nejasnosti, a **vyslovuje svůj svobodný informovaný souhlas s výše uvedenými zdravotními službami a výkony**.

Pacient/ka bere na vědomí, že toto vyšetření ani při správném odborném postupu nemusí splnit předpokládaný a očekávaný účel. Současně vyslovuje souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu jeho/jejího života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.

Jelikož je toto vyšetření ze své podstaty prováděno opakovaně nebo je přinejmenším k tomuto opakování doporučováno, uděluje pacient/ka tento informovaný souhlas s opakováním procedury **na dobu 1 roku**. Pacient/ka je oprávněn/a svůj souhlas odvolat i před uplynutím této doby.

Pokud je tento souhlas udělován zákonným zástupcem nezletilého pacienta nebo opatrovníkem pacienta s Zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo opatrovník pacienta s omezenou svéprávností dále prohlašuje, že je zcela oprávněn jednat v jeho zastoupení samostatně, bez souhlasu třetí osoby, případně že potřebným souhlasem takové třetí osoby disponuje.

Místo:
Datum:

_____ _____

pacient/ka

zákonný zástupce/opatrovník

Ošetřující lékař svým podpisem stvrzuje, že předal veškeré informace k zákroku, tyto s pacientem podrobně probral, zodpověděl veškeré dotazy a vše dostatečně, podrobně a opakovaně vysvětlil.

Místo:
Datum:

_____

ošetřující lékař

## Záznam o opakovaných ošetřeních v rámci uděleného souhlasu:

| Datum ošetření | Ošetřovaná oblast | Přípravek | Aplikované množství | Provedl |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |