

M Mike Makek, MD, FACS

Regenerative Orthopaedics
PRP/Stem Cell Therapy

Diplomate, American Board
of Orthopaedic Surgery

Fellow, American Academy
of Orthopaedic Surgeons

Member, American
Orthopaedic Association

Fellow, American College
of Surgeons

Member, Arthroscopy
Association of North America

Member, American
Orthopaedic Society for
Sports Medicine

Member, American
Association of Hip and
Knee Surgeons

Member, International
Society of Arthroscopy, Knee
Surgery and Orthopaedic
Sports Medicine

Member, Osteoarthritis
Research Society International

Member, American Academy of
Anti Aging Medicine

I _____ give my permission to have a **STEM CELL/PLATELET RICH PLASMA INJECTION** performed upon me. The stem cells may be of my own or acquired from a tissue bank or an allograft and platelets are my own cells. I realize that this is not yet considered an FDA approved procedure for all indications.

I have been given no guarantee as to the success of this procedure on myself. I recognize that like any other procedure, there are inherent risks with performing the procedure. These risks include but are not limited to infection, bleeding, procedure failure, possible allergic reaction to injectable medicines. Although these possible complications exist, the chance of them happening is extremely small and in general is less than more standard operative procedures.

I also acknowledge that I am aware that there are other surgical and possible non-surgical treatment options for the condition for which I am receiving the stem cells but I have chosen to have the stem cell/platelet rich plasma injection performed on myself.

I am further aware that this is a staged procedure and may require additional injections of my platelets at a later date. I also agree that I will allow the injection of certain growth factors such as Human Growth Hormone into the area of Stem cell/Platelet Rich Plasma injections.

I realize that this currently is not covered by my insurance and will not ask my treating physician's office to submit any insurance claim. I am personally responsible for all charges related to these procedures/injections.

Yo _____ doy mi permiso para que la **Inyección de Plasma rico en plaquetas/células madre** sea realizado sobre mí. Las células madre pueden ser mías o adquiridas de un banco de tejidos o un aloinjerto y las plaquetas son mis propias células. Me doy cuenta de que esto no es considerado todavía un procedimiento aprobado por la FDA para todas las indicaciones.

No me han garantizado el éxito de este procedimiento en mí mismo. Reconozco que como cualquier otro procedimiento, existen riesgos inherentes con realizar el procedimiento. Estos riesgos incluyen pero no se limitan a la infección, sangrado, fallas de procedimiento, posible reacción alérgica a los medicamentos inyectables. Aunque existen estas complicaciones posibles, las posibilidades de que ocurra es extremadamente pequeño y en general es menor que los procedimientos operativos estándares.

También reconozco que estoy consciente de que hay otras opciones quirúrgicas y posible tratamiento no quirúrgico para la condición por la cual estoy recibiendo las células madre, pero he elegido el **vástago inyección de plasma rico en plaquetas/celular** realizado en mí mismo.

Y también estoy consciente de que esto es un procedimiento efectuado y puede requerir inyecciones adicionales de mis plaquetas en una fecha futura. También estoy de acuerdo que permitiré la inyección de ciertos factores de crecimiento como la hormona de crecimiento humano en el área de las inyecciones de células madre plasma rico en plaquetas.

Me doy cuenta de que actualmente este procedimiento no está cubierto por mi seguro y no pediré a la oficina de mi médico tratante que envíen cualquier reclamo al seguro. Yo me hago personalmente responsable de todos los cargos relacionados con estos procedimientos/inyecciones.

Print name: _____ Date: _____

Signature: _____