

Beleegyező nyilatkozat

Személyes adatok

Név _____

Telefonszám _____ Cím: _____

_____ E-mail cím _____

Születési idő _____

Nem Férfi Nő

Bőrtípus

Fitzpatrick bőrtípus I II III IV V VI

Utolsó UV-expozíció - (napfény vagy szolárium) _____

Passzív barnaság: igen nem Önbarnító: igen nem

Szőr tulajdonságai

Kezelni kívánt terület(ek) _____

Szőr sűrűsége: Ritka Közepes Sűrű Szőr vastagsága Vékony Közepes Vastag

Szőr színe _____

Kórtörténet	
Pacemaker/ beültetett defibrillátor	
Fém implantátumok	
Kezelen kívánt területen jelenlegi vagy korábbi rosszindulatú elváltozás/premalingnus anyajegy	
Súlyos betegség (keringési probléma, autoimmun betegség aktív szaka)	
Terhesség és szoptatás	
Immunszupprimált állapot	
Fényérzékenyítő betegség vagy állapot (SLE, LE, porfiria)	
Epilepszia	
Aktív Herpes Simplex fertőzés	
Kezeletlen endokrin betegségek (cukorbetegség, PCOS)	
Friss műtét	
Aktív bőrfertőzés vagy bőrbetegség (psoriasis, ekcéma)	
Elégtelen sebgyógyulás/keloidképzésre való hajlam	
Véralvadási zavarok	
Fényérzékenyítő gyógyszerek vagy táplálékkiegészítők	
Kémiai mélyhámlasztás az elmúlt 3 hónapban	
Gyantával, epilátorral vagy csipesszel való szőreltávolítás az elmúlt 6 hétben	
Tetoválás vagy sminktetoválás a kezelni kívánt területen	
Lebarnult bőr	
Töltőanyag, botox vagy bármilyen injekció (4-6 héten belül)	
Lázás állapot	
Rendszeresen szedett gyógyszerek: _____	

Allergia/gyógyszerérzékenység: _____	
Bármelyik pont részletezése: _____	

Egyéb információ: _____	

A tájékozott beleegyező nyilatkozat információt nyújt egy betegség vagy állapot javasolt kezeléséről, a kockázatokról és a kezelés alternatív formáiról. A dokumentum nem terjed ki minden kezelési módszerre és felmerülő kockázatra. Kezelőorvosa további vagy eltérő információkat adhat, amelyek az Ön konkrét esetére vonatkozó összes tényen, valamint az orvosi tudáson és eszközökön alapulnak. A tájékozott beleegyező dokumentumnak nem célja a kezelés menetének pontos meghatározása, mivel az új tudományos ismeretek és a technológia fejlődése, valamint a gyakorlatban alkalmazott módszerek változása miatt eltérhet.

Kijelentem, hogy teljeskörű tájékoztatást kaptam az eljárás természetéről és céljáról, a várható eredményekről és az esetleges szövődményekről, valamint tudomásul veszem, hogy az elért végeredményre nem vállalható garancia. Teljes mértékben tudatában vagyok annak, hogy állapotom esztétikai jellegű, és a kezelés folytatására vonatkozó döntés kizárólag az enyém. Megerősítem, hogy hitelesen tájékoztattam a kezelő személyzetet a jelenlegi vagy korábbi egészségi állapotomról, betegségeimről és az általam szedett gyógyszerekről.

Hozzájárulok fényképek készítéséhez, és engedélyezem azok anonim felhasználását orvosi, oktatási vagy marketing célból.

Kijelentem, hogy lehetőséget kaptam kérdések feltevésére, valamint elolvastam és teljes mértékben megértettem ezen beleegyező nyilatkozat tartalmát.

Páciens neve (nyomtatva): _____

Aláírás: _____

Dátum: