

Souhlas k úpravě těla

Informovaný souhlas s neinvazivní úpravou těla včetně kryolipolýzy, elektromagnetické stimulace svalů, vysokofrekvenční terapie a ultrazvukového snižování tuku

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Podrobnosti léčby

Typ léčby *

- ☐ Kryolipolýza (zmrazování tuku)
- ☐ Elektromagnetická stimulace svalů (EMS)
- ☐ Vysokofrekvenční terapie / Ultrazvukové snižování tuku
- ☐ Kombinace

Oblasti léčby *

- ☐ Břicho
- ☐ Bočnice / Láska
- ☐ Stehna
- ☐ Paže
- ☐ Hýždě
- ☐ Pod bradou
- ☐ Záda / Linie podprsenky

Aktuální váha

Změna váhy za posledních 6 měsíců

Měli jste dříve léčbu na úpravu těla? *

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Lékařská anamnéza

Jste těhotná, snažíte se otěhotnět nebo kojíte? *

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Máte některou z následujících podmínek?

- ☐ Autoimunitní onemocnění (lupus, RA, MS atd.)
- ☐ Porucha krvácení nebo užívání antikoagulancií
- ☐ Diabetes
- ☐ Anamnéza keloidů nebo hypertrofických jizev
- ☐ Rakovina (aktuálně nebo v posledních 5 letech)
- ☐ Imunosuprimován / porucha imunity
- ☐ Žádné z výše uvedených

Máte kryoglobulinémii, onemocnění studeného aglutininu nebo paroxysmální nocturnální hemoglobinurii? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte Raynaudův syndrom, zimnickou kopřivku nebo závažnou citlivost na chlad? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte kardiostimulátor, defibrilátor nebo implantované elektronické zařízení? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte kovové implantáty, měděný KOIL nebo kov v oblasti léčby? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte herniu v oblasti léčby nebo v její blízkosti? *

☐ Ano ☐ Ne

Prodělali jste chirurgický zákrok v oblasti léčby v posledních 6 měsících? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte epilepsii nebo poruchu záchvatů? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte v oblasti otevřené rány, vyrážku, infekci nebo žilní rozpínání? *

☐ Ano ☐ Ne

Aktuální léky a doplňky stravy

Alergie (léky, latex, lidokain, anestetika)

Rizika a komplikace

Potenciální rizika a komplikace:

- Zčervenání, edém, modřiny, necitlivost, brnění a bolestivost v ošetřované oblasti po dobu dnů až týdnů
- Bolestivost svalů po EMS, podobně jako po intenzivním tréninku
- Nerovnost kůže, asymetrie kontury nebo nerovnoměrné snížení tuku
- Paradoxní adipózní hyperplazie — vzácné zvětšení tuku v ošetřované oblasti měsíce po kryolipolýze, které může vyžadovat chirurgickou korekci
- Omrzliny, popálení nebo puchýře (vzácné)
- Bolest s pozdní manifestací — nervová bolest začínající dny po léčbě, obvykle se rozpadá během týdnů
- Tvorba hernie nebo zhoršení s EMS nebo sáním
- Výsledky se liší a snížení tuku za sezení je skromné (typicky 20–25 % tuku v ošetřované oblasti pro kryolipolýzu); řada sezení je běžná

Úprava těla není léčba na hubnutí. Stabilní váha, hydratace a aktivita podporují výsledky.

Rozumím, že úprava těla léčí lokalizovaný tuk nebo tón svalů, že viditelné výsledky se vyvíjejí po dobu 2-3 měsíců, že může být zapotřebí více sezení a že žádný konkrétní výsledek nebyl zaručen.

Rozumím, že to není hubnutí a výsledky se liší: _____

Rozumím vzácnému riziku paradoxní adipózní hyperplazie po kryolipolýze, bolesti s pozdní manifestací, popálenin a asymetrie kontury a zveřejnil jsem všechny implantáty, hernie nebo onemocnění související s chladem.

Rozumím riziku paradoxní adipózní hyperplazie a dalších komplikací: _____

Souhlas s fotografií

Smíme si pořídit fotografie před a po léčbě pro váš zdravotnický záznam? *

- ☐ Ano — pouze pro můj zdravotnický záznam
- ☐ Ano — a můžete je používat anonymně pro marketing
- ☐ Ne

Záznam o službě

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Oblast	Zařízení / Aplikátor / Nastavení	Poznámky
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s neinvazivní léčbou na úpravu těla. Byl jsem informován o přínosech, rizicích, alternativách a možných komplikacích. Rozumím, že se jedná o volitelný kosmetický zákrok, že není náhradou za hubnutí a že nebyl zaručen žádný konkrétní výsledek. Osvobozuji poskytovatele a ordinaci od odpovědnosti související s touto léčbou s výjimkou případů neopatrnosti.

Potvrzuji, že jsem si přečetl a porozuměl výše uvedeným informacím a daruji svůj informovaný souhlas.

Přečetl jsem si a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.