

Συναίνεση Αναδιαμόρφωσης Σώματος

Ενημερωμένη συναίνεση για μη επεμβατική αναδιαμόρφωση σώματος, συμπεριλαμβανομένης κρυολιπόλυσης, ηλεκτρομαγνητικής διέγερσης μυών, ραδιοσυχνοτήτων και υπερήχων για μείωση λίπους

Στοιχεία Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Τύπος Θεραπείας *

☐ Κρυολιπόλυση (κατάψυξη λίπους)

☐ Ηλεκτρομαγνητική διέγερση μυών (EMS)

☐ Ραδιοσυχνότητα / Υπέρηχος για μείωση λίπους

☐ Συνδυασμένη θεραπεία

Περιοχές Θεραπείας *

☐ Κοιλιά

☐ Πλάγια / Λαβές αγάπης

☐ Μηροί

☐ Χέρια

☐ Γλουτοί

☐ Κάτω του σαγονιού

☐ Πλάτη / Γραμμή σουτιέν

Τρέχον βάρος

Μεταβολή βάρους τους τελευταίους 6 μήνες

Έχετε κάνει ποτέ θεραπείες αναδιαμόρφωσης σώματος πριν; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Ιστορικό Υγείας

Είστε έγκυος, προσπαθείτε να κυοφορήσετε, ή θηλάζετε; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποια από τα ακόλουθα;

- ☐ Αυτοάνοση νόσος (λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας, κ.λπ.)
- ☐ Αιμορραγική διαθέση ή χρήση αντιπηκτικών
- ☐ Σακχαρώδης διαβήτης
- ☐ Ιστορικό κελοειδών ή υπερτροφικών ουλών
- ☐ Καρκίνος (παρόν ή εντός των τελευταίων 5 ετών)
- ☐ Ανοσοκατασταλμένος / διαταραχή ανοσοποίησης
- ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Έχετε κρυογλοβουλιναιμία, ψυχροαγγλουτινίνη νόσο, ή παροξυσμική ψυχροπροσβολή αιμοσφαιρίνης; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε φαινόμενο Raynaud, ψυχροαλλεργία, ή σοβαρή ευαισθησία στο κρύο; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε βηματοδότη, αποφιβρωτή, ή εμφυτευμένη ηλεκτρονική συσκευή; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε μεταλλικά εμφυτεύματα, χάλκινο IUD, ή μέταλλο κοντά στη περιοχή θεραπείας; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κήλη μέσα ή κοντά στη περιοχή θεραπείας; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε χειρουργική επέμβαση στη περιοχή θεραπείας τους τελευταίους 6 μήνες; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε επιληψία ή διαταραχή κρίσεων; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε ανοιχτές πληγές, εξάνθημα, λοίμωξη, ή κισσούς στη περιοχή; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχοντα φάρμακα και συμπληρώματα

Αλλεργίες (φάρμακα, λάτεξ, λιδοκαΐνη, αναισθητικά)

Κίνδυνοι & Επιπλοκές

Πιθανοί Κίνδυνοι και Επιπλοκές:

- Ερύθημα, οίδημα, μώλωπας, νάρκωση, μυρμηγκίασμα και ευαλγησία στη θεραπευόμενη περιοχή για ημέρες έως εβδομάδες
- Μυϊκή οδύνη μετά EMS, παρόμοια με μια έντονη προπόνηση
- Ακανόνιστη δερματική επιφάνεια, ασυμμετρία περιγράμματος, ή ανώμαλη μείωση λίπους
- Παράδοση υπερπλασίας λιπώδους ιστού — σπάνια μεγέθυνση λίπους στη θεραπευόμενη περιοχή μήνες μετά την κρυολιπόλυση που ενδέχεται να απαιτεί χειρουργική διόρθωση
- Παγούρωση, εγκαύματα, ή φυσαλίδες (σπάνιο)
- Πόνος με καθυστερημένη έναρξη — νευροπαθικός πόνος που αρχίζει ημέρες μετά τη θεραπεία, συνήθως επιλυόμενος εντός εβδομάδων
- Σχηματισμός κήλης ή επιδείνωση με EMS ή αναρρόφηση
- Τα αποτελέσματα διαφέρουν και η μείωση λίπους ανά συνεδρία είναι μέτρια (συνήθως 20–25% του λίπους στη θεραπευόμενη περιοχή για κρυολιπόλυση)· μια σειρά συνεδριών είναι συνηθισμένη

Η αναδιαμόρφωση σώματος δεν είναι θεραπεία απώλειας βάρους. Σταθερό βάρος, ενυδάτωση και δραστηριότητα υποστηρίζουν τα αποτελέσματα.

Κατανοώ ότι η αναδιαμόρφωση σώματος αντιμετωπίζει τοπικό λίπος ή τόνο μυών, ότι τα ορατά αποτελέσματα αναπτύσσονται σε 2–3 μήνες, ότι ενδέχεται να απαιτούνται πολλές συνεδρίες, και ότι δεν έχει εγγραφεί κανένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα.

Κατανοώ ότι αυτό δεν είναι απώλεια βάρους και τα αποτελέσματα διαφέρουν: _____

Κατανοώ τον σπάνιο κίνδυνο παράδοξης υπερπλασίας λιπώδους ιστού μετά κρυολιπόλυση, πόνου με καθυστερημένη έναρξη, εγκαυμάτων και ακανόνιστου περιγράμματος, και έχω δηλώσει τυχόν εμφυτεύματα, κήλες, ή καταστάσεις σχετικές με κρύο.

Κατανοώ τον κίνδυνο παράδοξης υπερπλασίας λιπώδους ιστού και άλλων επιπλοκών: _____

Άδεια Φωτογραφιών

Μπορούμε να τραβήξουμε φωτογραφίες πριν και μετά για το αρχείο θεραπείας σας; *

- ☐ Ναι — μόνο για το ιατρικό μου αρχείο
- ☐ Ναι — και μπορείτε να τις χρησιμοποιήσετε ανώνυμα για μάρκετινγκ
- ☐ Όχι

Ημερολόγιο Υπηρεσιών

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Συσκευή / Εφαρμογέας / Ρυθμίσεις	Σημειώσεις
Καταχώρηση 1				
Καταχώρηση 2				
Καταχώρηση 3				
Καταχώρηση 4				
Καταχώρηση 5				
Καταχώρηση 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συναινώ εθελουσίως σε θεραπεία μη επεμβατικής αναδιαμόρφωσης σώματος. Έχω ενημερωθεί για τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές και τις πιθανές επιπλοκές. Κατανοώ ότι πρόκειται για μια προαιρετική καλλυντική διαδικασία, ότι δεν αποτελεί υποκατάστατο απώλειας βάρους, και ότι δεν έχει δοθεί εγγύηση αποτελέσματος. Απελευθερώνω τον παροχέα και την κλινική από ευθύνη σχετικά με αυτή τη θεραπεία εκτός από περιπτώσεις αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω την ενημερωμένη συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.