

शरीर समोच्च सहमति

क्रायोलिपिलिसिस, वदियुत चुम्बकीय मांसपेशी उत्तेजना, रेडियोफ्रीक्वेंसी और अल्ट्रासोनिक वसा में कमी सहति गैर-आक्रामक शरीर समोच्च के लिए सूचित सहमति

क्लाइंट जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म तारीख *

DD / MM / YYYY

उपचार विवरण

उपचार का प्रकार *

☐ क्रायोलिपिलिसिस (वसा को जमना)

☐ वदियुत चुम्बकीय मांसपेशी उत्तेजना (EMS)

☐ रेडियोफ्रीक्वेंसी/अल्ट्रासोनिक वसा में कमी

☐ संयोजन

उपचार के क्षेत्र *

☐ पेट

☐ फ्लैक्स/लव हैंडल्स

☐ जांघें

☐ बाहें

☐ नितंब

☐ ठुड्डी के नीचे

☐ पीठ/ब्रा लाइन

वर्तमान वजन

पछिले 6 महीनों में वजन परिवर्तन

क्या आपने पहले शरीर समोच्च उपचार करवाया है? *

☐ हां

☐ नहीं

चिकित्सा इतिहास

क्या आप गर्भवती हैं, गर्भ धारण करने का प्रयास कर रही हैं, या स्तनपान करा रही हैं? *

☐ हां

☐ नहीं

क्या आपको निम्नलिखित में से कोई है?

☐ ऑटोइम्यून स्थिति (ल्यूपस, आरए, एमएस, आदि)

☐ रक्तस्राव विकार या रक्त को पतला करने वाली दवाओं पर

☐ मधुमेह

☐ केलॉइड या हाइपरट्रॉफिक नशान का इतिहास

☐ कैंसर (वर्तमान या पछिले 5 वर्षों में)

☐ इम्यूनोसप्रेसिव/प्रतिरक्षा विकार

☐ उपरोक्त में से कोई नहीं

क्या आपको क्रायोग्लोबुलिनमिया, कोल्ड एग्लूटिनिन रोग, या पैरॉक्सिस्मल कोल्ड हीमोग्लोबिनूरिया है? *

☐ हां

☐ नहीं

क्या आपको रेनॉइस रोग, कोल्ड अर्टकिरिया, या गंभीर ठंड संवेदनशीलता है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपके पास पेसमेकर, डिफाइब्रिलेटर, या प्रत्यारोपित इलेक्ट्रॉनिक डिवाइस है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपके पास धातु के प्रत्यारोप, तांबे वाली IUD, या उपचार क्षेत्र के पास धातु है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपको उपचार क्षेत्र में या उसके पास हर्निया है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपने पछिले 6 महीनों में उपचार क्षेत्र में सर्जरी करवाई है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपको मस्तिष्क या दौरे का विकार है? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपके पास इस क्षेत्र में खुली घाव, दाने, संक्रमण, या वैरिकोज नसे हैं? *

☐ हां ☐ नहीं

वर्तमान दवाएं और पूरक

एलर्जी (दवाएं, लेटेक्स, लड्डिकेन, संवेदनाहारी)

जोखमि और जटिलताएं

संभावित जोखमि और जटिलताएं:

- लालमि, सूजन, नील पड़ना, सुन्नता, झनझनाहट, और कोमलता इलाज वाले क्षेत्र में दिनों से हफ्तों तक
- मांसपेशियों में दर्द EMS के बाद, तीव्र व्यायाम के समान
- त्वचा की अनियमितता, समोच्च असमरूपता, या असमान वसा में कमी
- वरिधाभासी एडिपोज हाइपरप्लासिया — क्रायोलिपिलिसिस के महीनों बाद इलाज वाले क्षेत्र में वसा का दुर्लभ वृद्धिजिसके लिए सर्जिकल सुधार की आवश्यकता हो सकती है
- पाला लगना, जलन, या छाले (दुर्लभ)
- देर से शुरू होने वाला दर्द — उपचार के दिनों बाद शुरू होने वाला तंत्रिका दर्द, आमतौर पर हफ्तों के भीतर ठीक हो जाता है
- हर्निया गठन या बगिड़ना EMS या सक्रिय के साथ
- परणाम भग्नि होते हैं और प्रतिसर्त वसा में कमी मामूली है (क्रायोलिपिलिसिस के लिए आमतौर पर इलाज वाले क्षेत्र में वसा का 20-25%); सत्रों की एक श्रृंखला आम है

शरीर समोच्च वजन घटाने का उपचार नहीं है। स्थिर वजन, जलयोजन, और गतिविधिपरणामों का समर्थन करती है।

मैं समझता हूँ कि शरीर समोच्च स्थानीयकृत वसा या मांसपेशी टोन का इलाज करता है, कि दृश्यमान परणाम 2-3 महीनों में विकसित होते हैं, कि कई सत्रों की आवश्यकता हो सकती है, और कि कोई विशेष परणाम गारंटीकृत नहीं किया गया है।

मैं समझता हूँ कि यह वजन घटाने नहीं है और परणाम भग्नि होते हैं:

मैं क्रायोलेपिलसिस के बाद वरिधाभासी एडिज हाइपरप्लासिया, देर से शुरू होने वाले दर्द, जलन, और समोच्च अनयिमतिता के दुर्लभ जोखिम को समझता हूँ, और मैंने किसी भी प्रत्यारोप, हर्निया, या ठंड से संबंधित स्थितियों का खुलासा किया है।

मैं वरिधाभासी एडिज हाइपरप्लासिया और अन्य जटिलताओं के जोखिम को समझता हूँ: _____

फोटो रलीज

क्या हम आपके उपचार रिकॉर्ड के लिए पहले और बाद की तस्वीरें ले सकते हैं? *

☐ हां — केवल मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड के लिए

☐ हां — और आप उन्हें वपिणन के लिए गुमनाम रूप से उपयोग कर सकते हैं

☐ नहीं

सेवा लॉग

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

	तारीख	क्षेत्र	डिवाइस/आवेदक/सेटिंग्स	नोट्स
प्रवर्षित 1				
प्रवर्षित 2				
प्रवर्षित 3				
प्रवर्षित 4				
प्रवर्षित 5				
प्रवर्षित 6				

सहमति और हस्ताक्षर

मैं गैर-आक्रामक शरीर समोच्च उपचार के लिए स्वेच्छा से सहमत देता हूँ। मुझे लाभों, जोखिमों, विकल्पों, और संभावित जटिलताओं के बारे में सूचित किया गया है। मैं समझता हूँ कि यह एक वैकल्पिक कॉस्मेटिक प्रक्रिया है, कि यह वजन घटाने का विकल्प नहीं है, और कपिरिणाम की कोई गारंटी नहीं दी गई है। मैं प्रदाता और अभ्यास को इस उपचार से संबंधित देयता से मुक्त करता हूँ, सविय लापरवाही के मामलों के।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी है और समझी है और अपनी सूचित सहमति देता हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी है और समझी है: _____

हस्ताक्षर

दनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जिससे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशिल्क योजना उपलब्ध है।

केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।