

Testkontur beleegyezés

Tájékoztatót beleegyezés nem invazív testkonturáláshoz, beleértve a krizolipolízist, elektromágneses izomstimulációt, rádiófrekvenciát és ultrahangos zsírredukciót

Ügyfél adatai

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail cím *

Telefonszám *

Születési dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Kezelés részletei

Kezelés típusa *

- | | |
|---|--|
| ☐ Krizolipolízis (zsírfagyasztás) | ☐ Elektromágneses izomstimulációs (EMS) |
| ☐ Rádiófrekvencia / ultrahangos zsírredukció | ☐ Kombinált |

Kezelés területei *

- | | |
|---|--|
| ☐ Hasi régió | ☐ Oldalsó területek / szerelmes fülek |
| ☐ Combok | ☐ Karok |
| ☐ Fenék | ☐ Áll alatti terület |
| ☐ Hát / melltartó vonala | |

Jelenlegi testsúly

Testsúly változás az elmúlt 6 hónapban

Volt már testkonturálási kezelésed? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Orvosi előzmények

Terhes vagy, próbálsz teherbe esni, vagy szoptatol? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e valamelyik az alábbiak közül?

- | | |
|--|---|
| ☐ Autoimmun betegség (lupusz, RA, MS stb.) | ☐ Vérzészavar vagy véralvadásgátló gyógyszeren |
| ☐ Cukorbetegség | ☐ Keloid vagy hipertrófiás hegek előzménye |
| ☐ Rák (jelenlegi vagy az elmúlt 5 éven belül) | ☐ Immunszuprimált / immunológiai zavar |
| ☐ A fenti közül egyik sem | |

Van-e krioglobulinémiád, hidegagglutinin betegséged vagy paroxizmális hidegfüggő hemoglobinúriád? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e Raynaud betegséged, hideg úrtikáriád vagy súlyos hidegérzékenységed? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e pacemakerőd, defibrillátordd vagy beépített elektromos eszközöd? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e fémes implantátumad, réz-IUD-d vagy fémes anyag a kezelési terület közelében? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e sérvd a kezelési terület területén vagy közelében? *

☐ Igen ☐ Nem

Volt-e műteted a kezelési terület területén az elmúlt 6 hónapban? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e epilepsziád vagy rohamzavarr? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e nyitott seb, kiütés, fertőzés vagy varikózus éreid a terület területén? *

☐ Igen ☐ Nem

Jelenlegi gyógyszerek és étrend-kiegészítések

Allergiák (gyógyszerek, latex, lidokain, érzéstelenítők)

Kockázatok és szövődmények

Lehetséges kockázatok és szövődmények:

- Vörösség, duzzanat, véraláfutás, zsibbadás, bizsergés és érzékenység a kezelési terület területén napok vagy hetek múlva
- Izomfájdalom az EMS után, hasonlóan egy intenzív edzéshez
- Bőrhibák, kontúr aszimmetria vagy egyenletes zsírredukció hiánya
- Paradoxális adipózus hiperplázis — ritkán előfordul, amikor a kezelési terület zsírja megduzzad a krizolipolízis után hónapokkal, amely sebészeti korrekciót igényelhet
- Fagyas, égési sérülés vagy hólyagok (ritka)
- Késői fájdalom — idegfájdalom, amely napok múlva kezdődik a kezelés után, általában heteken belül elmúlik
- Sérv kialakulása vagy súlyosbodása EMS vagy szívás esetén
- Az eredmények változnak és a zsírredukció munkamenetenkénti értéke szerény (krizolipolízis esetében általában 20–25% a kezelési terület zsírjából); több munkamenet-sorozat gyakori

A testkonturálás nem fogyási kezelés. A stabil testsúly, a megfelelő hidratáció és a fizikai aktivitás támogatja az eredményeket.

Tudom, hogy a testkonturálás lokalizált zsírt vagy izomtónust kezel, hogy a látható eredmények 2-3 hónap alatt alakulnak ki, hogy több munkamenet lehet szükséges, és hogy semmilyen konkrét eredmény nem garantálható.

Tudom, hogy ez nem fogyás és az eredmények eltérőek: _____

Tudom a krizolipolízis után előforduló paradoxális adipózus hiperplázis ritka kockázatáról, késői fájdalomról, égési sérülésről és kontúr szabálytalanságról, és megadtam az implantátumok, sérv vagy hideghez kapcsolódó állapotok információit.

Tudom a paradoxális adipózus hiperplázis és egyéb szövődmények ritkáról kockázatáról: _____

Fotó felhasználási engedély

Készíthetünk-e előtte-utána fotókat a kezelési nyilvántartásodhoz? *

- ☐ Igen — csak az orvosi nyilvántartásom számára
- ☐ Igen — és anonimban felhasználhatják a marketinghez
- ☐ Nem

Szolgáltatási napló

Csak belső használatra

	Dátum	Terület	Eszköz / applikátor / beállítások	Megjegyzések
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Beleegyezés és aláírás

Önként beleegyezek a nem invazív testkonturálási kezelésbe. Tájékoztattak az előnyökről, kockázatokról, alternatívákról és lehetséges szövődményekről. Tudom, hogy ez egy választható kozmetikai eljárás, amely nem helyettesíti a fogyást, és nem garantálták az eredményt. Felmentést adok a szolgáltatónak és a praxisnak a kezeléssel kapcsolatos felelősség alól, kivéve a gondatlanság eseteit.

Megerősítöm, hogy elolvastam és értem a fenti információkat, és tájékoztatott beleegyezésemet adom.

Elolvastam és értem a fenti információkat: _____

Aláírás

Dátum

Nyomtatott név

Dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Ezt az űrlapot a Consentify ingyenesen biztosította

A Consentify az ehhez hasonló formákat digitális beleegyezésekké alakítja, amelyeket az ügyfelek QR-kód segítségével saját telefonjukon írnak alá — automatikus PDF-ekkel, kontraindikáció jelzésekkel és titkosított tárolással. Ingyenes csomag elérhető a <https://getconsentify.com> webhelyen.

Csak sablon. Használat előtt tekintse át saját szakképzett szakemberével vagy jogi tanácsadóval; a követelmények joghatóság és gyakorlat szerint változnak.