

Zgoda na modelowanie sylwetki

Świadoma zgoda na nieinwazyjne modelowanie sylwetki, w tym kriolipolizę, elektromagnetyczną stymulację mięśni, radiofrekwencję oraz redukcję tkanki tłuszczowej ultradźwiękami

Dane klienta

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Rodzaj zabiegu *

- ☐ Kriolipoliza (mrożenie tkanki tłuszczowej)
- ☐ Elektromagnetyczna stymulacja mięśni (EMS)
- ☐ Radiofrekwencja / redukcja tkanki tłuszczowej ultradźwiękami
- ☐ Zabieg łączony

Obszary zabiegowe *

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| ☐ Brzuch | ☐ Boki / „oponka” | ☐ Uda |
| ☐ Ramiona | ☐ Pośladki | ☐ Podbródek |
| ☐ Plecy / linia biustonosza | | |

Obecna waga

Zmiana wagi w ciągu ostatnich 6 miesięcy

Czy miał(a) Pan/Pani wcześniej zabiegi modelowania sylwetki? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Historia medyczna

Czy jest Pani w ciąży, stara się zajść w ciążę lub karmi piersią? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy występuje u Pana/Pani którekolwiek z poniższych?

- ☐ Choroba autoimmunologiczna (toczeń, RZS, SM itp.)
- ☐ Zaburzenia krzepnięcia krwi lub przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Skłonność do bliznowców lub blizn przerostowych
- ☐ Choroba nowotworowa (obecnie lub w ciągu ostatnich 5 lat)
- ☐ Obniżona odporność / zaburzenia układu odpornościowego
- ☐ Żadne z powyższych

Czy występuje u Pana/Pani krioglobulinemia, choroba zimnych aglutynin lub napadowa zimna hemoglobinuria? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy występuje u Pana/Pani choroba Raynauda, pokrzywka z zimna lub silna nadwrażliwość na zimno? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani rozrusznik serca, defibrylator lub inne wszczone urządzenie elektroniczne? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani implanty metalowe, wkładkę wewnątrzmaciczną z miedzią lub metal w pobliżu obszaru zabiegowego? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani przepuklinę w obszarze zabiegowym lub w jego pobliżu? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy przechodził(a) Pan/Pani zabieg chirurgiczny w obszarze zabiegowym w ciągu ostatnich 6 miesięcy? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy ma Pan/Pani padaczkę lub inne zaburzenia napadowe? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy w obszarze zabiegowym występują otwarte rany, wysypka, infekcja lub żylaki? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Obecnie przyjmowane leki i suplementy

Alergie (leki, lateks, lidokaina, środki znieczulające)

Ryzyko i powikłania

Potencjalne ryzyko i powikłania:

- Zaczernienie, obrzęk, siniaki, drętwienie, mrowienie i tkliwość w obszarze zabiegowym utrzymujące się od kilku dni do kilku tygodni
- Bolesność mięśni po EMS, podobna do tej po intensywnym treningu
- Nierówności skóry, asymetria konturu lub nierównomierna redukcja tkanki tłuszczowej
- Paradoksalny przerost tkanki tłuszczowej (paradoxical adipose hyperplasia) — rzadkie powiększenie tkanki tłuszczowej w obszarze zabiegowym, występujące miesiące po kriolipolizie, które może wymagać korekcji chirurgicznej
- Odmrożenia, oparzenia lub pęcherze (rzadko)
- Ból o opóźnionym początku — ból neuropatyczny pojawiający się kilka dni po zabiegu, zwykle ustępujący w ciągu kilku tygodni
- Powstanie lub nasilenie przepukliny przy EMS lub metodach ssących
- Wyniki są różne, a redukcja tkanki tłuszczowej po jednej sesji jest umiarkowana (zwykle 20–25% tkanki tłuszczowej w obszarze zabiegowym przy kriolipolizie); często konieczna jest seria zabiegów

Modelowanie sylwetki nie jest metodą odchudzania. Stabilna waga, odpowiednie nawodnienie i aktywność fizyczna wspierają efekty zabiegu.

Rozumiem, że modelowanie sylwetki dotyczy miejscowej tkanki tłuszczowej lub napięcia mięśni, że widoczne efekty pojawiają się w ciągu 2–3 miesięcy, że może być potrzebnych kilka sesji oraz że nie zagwarantowano żadnego konkretnego efektu.

Rozumiem, że to nie jest odchudzanie i że wyniki mogą się różnić: _____

Rozumiem rzadkie ryzyko paradoksalnego przerostu tkanki tłuszczowej po kriolipolizie, bólu o opóźnionym początku, oparzeń oraz nieregularności konturu, a także poinformowałem/-am o wszelkich implantach, przepuklinach lub schorzeniach związanych z zimnem.

Rozumiem ryzyko paradoksalnego przerostu tkanki tłuszczowej i innych powikłań: _____

Zgoda na wykonywanie zdjęć

Czy możemy wykonywać zdjęcia przed i po zabiegu do Pana/Pani dokumentacji medycznej? *

- ☐ Tak — wyłącznie do mojej dokumentacji medycznej
- ☐ Tak — i mogą Państwo wykorzystać je anonimowo w celach marketingowych
- ☐ Nie

Rejestr zabiegów

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Urządzenie / aplikator / ustawienia	Uwagi
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				

	Data	Obszar	Urządzenie / aplikator / ustawienia	Uwagi
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na nieinwazyjny zabieg modelowania sylwetki. Zostałem/-am poinformowany/-a o korzyściach, ryzyku, alternatywach i możliwych powikłaniach. Rozumiem, że jest to elektywny zabieg kosmetyczny, że nie stanowi zamiennika odchudzania oraz że nie zagwarantowano żadnego konkretnego efektu. Zwalniam podmiot świadczący usługę oraz jego personel z odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

Potwierdzam, że przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am powyższe informacje oraz wyrażam świadomą zgodę.

Przeczytałem/-am i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twoi klienci podpisują na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.