

Consimțământ pentru Conturare Corporală

Consimțământ informat pentru conturare corporală non-invazivă inclusiv criolipoliza, stimulare electromagnetică a musculaturii, radiofrecvență și reducerea grăsimilor prin ultrasunete

Informații despre Client

Prenume *

Nume de Familie *

Adresă Email *

Număr de Telefon *

Data Nașterii *

ZZ / LL / AAAA

Detalii Tratament

Tip tratament *

- ☐ Criolipoliza (congelarea grăsimii)
- ☐ Stimulare electromagnetică a musculaturii (EMS)
- ☐ Radiofrecvență / Reducerea grăsimilor prin ultrasunete
- ☐ Combinație

Zone de tratament *

- ☐ Abdomen
- ☐ Flanc / Mânerul iubirii
- ☐ Coapsele
- ☐ Brațe
- ☐ Fese
- ☐ Sub bărbie
- ☐ Spate / Linia sutienului

Greutate actuală

Schimbare de greutate în ultimele 6 luni

Ați mai beneficiat de tratamente de conturare corporală? *

- ☐ Da
- ☐ Nu

Antecedente Medicale

Sunteți gravidă, încercați să rămâneți gravidă sau alăptați? *

- ☐ Da
- ☐ Nu

Aveți oricare dintre următoarele?

- ☐ Condiție autoimună (lupus, AR, SM, etc.)
- ☐ Tulburare de coagulare sau luați anticoagulante
- ☐ Diabet
- ☐ Antecedente de cicatrice keloid sau hipertrofică
- ☐ Cancer (actual sau în ultimii 5 ani)
- ☐ Imunosuprimat / tulburare imunitară
- ☐ Niciuna din cele de mai sus

Aveți crioglobulinemia, boala aglutininelor reci sau hemoglobinurie paroxistică la frig? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți fenomenul Raynaud, urticarie de frig sau sensibilitate severă la frig? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți pacemaker, defibrillator sau dispozitiv electronic implantat? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți implanturi metalice, DIU cupru sau metal lângă zona de tratament? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți o hernie în sau lângă zona de tratament? *

☐ Da ☐ Nu

Ați suferit o operație în zona de tratament în ultimele 6 luni? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți epilepsie sau tulburare convulsivă? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți plăgi deschise, erupții, infecții sau vene varicoase în zona? *

☐ Da ☐ Nu

Medicamente și suplimente actuale

Alergii (medicamente, latex, lidocaină, anestezie)

Riscuri și Complicații

Riscuri și Complicații Potențiale:

- Înroșire, umflare, vânătăi, torpoare, furnicături și durere în zona tratată timp de zile până la săptămâni
- Durere musculară după EMS, similară unei antrenamente intense
- Neregularitate a pielii, asimetrie de contur sau reducere neuniformă a grăsimii
- Hiperplazia adipoasă paradoxă — o rară mărire a grăsimii în zona tratată luni după criolipoliza care poate necesita corecție chirurgicală
- Îngheț, arsuri sau vezicule (rar)
- Durere cu debut târziu — durere de nerv începând zile după tratament, uzual rezolvandă în săptămâni
- Formare de hernie sau agravare cu EMS sau aspirație
- Rezultatele variază și reducerea grăsimii pe sesiune este modestă (tipic 20-25% din grăsimi în zona tratată pentru criolipoliza); o serie de sesiuni este comună

Conturarea corporală nu este un tratament de pierdere de greutate. Greutate stabilă, hidratare și activitate susțin rezultatele.

Înțeleg că conturarea corporală tratează grăsimi localizate sau tonusul muscular, că rezultatele vizibile se dezvoltă pe parcursul a 2-3 luni, că pot fi necesare sesiuni multiple și că niciun rezultat specific nu a fost garantat.

Înțeleg că aceasta nu este pierdere de greutate și rezultatele variază: _____

Înțeleg riscul rar al hiperplaziei adipoase paradexe după criolipoliza, durerea cu debut târziu, arsurile și neregularitatea de contur, și am dezvăluit orice implanturi, hernii sau condiții legate de frig.

Înțeleg riscul hiperplaziei adipoase paradexe și alte complicații: _____

Autorizație Fotografii

Putem face fotografii înainte și după pentru evidența tratamentului dumneavoastră? *

- ☐ Da — numai pentru evidența medicală a mea ☐ Da — și le puteți folosi anonim pentru marketing
☐ Nu

Jurnal Serviciu

Doar pentru uz intern

	Data	Zonă	Dispozitiv / Aplicator / Setări	Note
Intrare 1				
Intrare 2				
Intrare 3				
Intrare 4				
Intrare 5				
Intrare 6				

Consimțământ și Semnătură

Consimț în mod voluntar la tratament de conturare corporală non-invazivă. Am fost informat despre beneficii, riscuri, alternative și posibile complicații. Înțeleg că aceasta este o procedură cosmetică electivă, că nu este o înlocuire pentru pierderea de greutate și că nicio garanție de rezultat nu a fost făcută. Eliberez medicul și practica de răspundere legată de acest tratament, cu excepția cazurilor de neglijență.

Confirm că am citit și înțeles informațiile de mai sus și dau consimțământul meu informat.

Am citit și înțeleg informațiile de mai sus: _____

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data *

ZZ / LL / AAAA

Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.