

Согласие на контурирование тела

Информированное согласие на неинвазивные процедуры контурирования тела, включая криолиполиз, электромагнитную стимуляцию мышц, радиочастоту и ультразвуковое снижение жира

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Детали лечения

Тип лечения *

☐ Криолиполиз (замораживание жира)

☐ Электромагнитная стимуляция мышц (EMS)

☐ Радиочастота / ультразвуковое снижение жира

☐ Комбинированное

Области лечения *

☐ Живот

☐ Боковые части / ушки любви

☐ Бедра

☐ Руки

☐ Ягодицы

☐ Под подбородком

☐ Спина / линия бюстгалтера

Текущий вес

Изменение веса за последние 6 месяцев

Проходили ли вы процедуры контурирования тела ранее? *

☐ Да ☐ Нет

История болезни

Вы беременны, пытаетесь забеременеть или кормите грудью? *

☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас какое-либо из следующего?

- ☐ Аутоиммунное заболевание (волчанка, РА, РС и др.)
- ☐ Нарушение свертываемости крови или прием антикоагулянтов
- ☐ Диабет
- ☐ История образования келоидных или гипертрофических рубцов
- ☐ Рак (текущий или в течение последних 5 лет)
- ☐ Иммуносупрессия / иммунодефицит
- ☐ Ничего из перечисленного

У вас криоглобулинемия, болезнь холодовых агглютининов или пароксизмальная холоддовая гемоглобинурия? *

☐ Да ☐ Нет

У вас болезнь Рейно, холоддовая крапивница или повышенная чувствительность к холоду? *

☐ Да ☐ Нет

У вас есть кардиостимулятор, дефибриллятор или другое имплантированное электронное устройство? *

☐ Да ☐ Нет

У вас есть металлические имплантаты, медная спираль или металл рядом с областью лечения? *

☐ Да ☐ Нет

У вас есть грыжа в области лечения или рядом с ней? *

☐ Да ☐ Нет

Была ли у вас операция в области лечения в течение последних 6 месяцев? *

☐ Да ☐ Нет

У вас эпилепсия или судорожное расстройство? *

☐ Да ☐ Нет

У вас есть открытые раны, сыпь, инфекция или варикозное расширение вен в области? *

☐ Да ☐ Нет

Текущие лекарства и добавки

Аллергия (лекарства, латекс, лидокаин, анестетики)

Риски и осложнения

Потенциальные риски и осложнения:

- Покраснение, отечность, кровоподтеки, онемение, покалывание и болезненность в обработанной области в течение дней или недель
- Мышечная боль после EMS, как после интенсивной тренировки
- Неровность кожи, асимметрия контура или неравномерное снижение жира
- Парадоксальная гиперплазия жира — редкое увеличение жира в обработанной области через месяцы после криолиполиза, которое может потребовать хирургической коррекции
- Обморожение, ожоги или волдыри (редко)
- Боль с отсроченным началом — нервная боль, начинающаяся через дни после лечения, обычно проходящая в течение недель
- Образование или ухудшение грыжи при EMS или аспирации
- Результаты варьируются и снижение жира на сеанс скромно (обычно 20–25% жира в обработанной области при криолиполизе); обычно требуется серия сеансов

Контурирование тела не является методом снижения веса. Стабильный вес, гидратация и активность поддерживают результаты.

Я понимаю, что контурирование тела лечит локализованный жир или тонус мышц, что видимые результаты развиваются в течение 2–3 месяцев, что может потребоваться несколько сеансов и что никакой конкретный результат не гарантирован.

Я понимаю, что это не снижение веса и результаты варьируются: _____

Я понимаю редкий риск парадоксальной гиперплазии жира после криолиполиза, боли с отсроченным началом, ожогов и неровности контура, и я раскрыл любые имплантаты, грыжи или холод-зависимые состояния.

Я понимаю риск парадоксальной гиперплазии жира и других осложнений: _____

Разрешение на фотографии

Можем ли мы сделать фотографии до и после для вашей истории лечения? *

- ☐ Да — только для моей медицинской карты
- ☐ Да — и вы можете использовать их анонимно для маркетинга
- ☐ Нет

Журнал услуг

Только для служебного пользования

	Дата	Область	Устройство / аппликатор / параметры	Примечания
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				

	Дата	Область	Устройство / аппликатор / параметры	Примечания
Запись 6				

Согласие и подпись

Я добровольно согласен на неинвазивное лечение контурирования тела. Мне сообщили о преимуществах, рисках, альтернативах и потенциальных осложнениях. Я понимаю, что это плановая косметическая процедура, что она не является заменой снижения веса и что никакая гарантия результата не дана. Я освобождаю поставщика и клинику от ответственности, связанной с этим лечением, кроме случаев небрежности.

Я подтверждаю, что прочитал и понял вышеуказанную информацию и даю свое информированное согласие.

Я прочитал и понимаю вышеуказанную информацию: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.