

Body Contouring Consent

Informerat samtycke för icke-invasiv kroppskontureringsbehandling inklusive kryolipolys, elektromagnetisk muskelstimulering, radiofrekvens och ultraljuds fettreduktion

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Behandlingsdetaljer

Behandlingstyp *

☐ Kryolipolys (fettfrysning)

☐ Elektromagnetisk muskelstimulering (EMS)

☐ Radiofrekvens / Ultraljuds fettreduktion

☐ Kombination

Behandlingsområden *

☐ Mage

☐ Flanker / Älskarhandtag

☐ Lår

☐ Armar

☐ Rumpa

☐ Under hakan

☐ Rygg / BH-linje

Nuvarande vikt

Viktförändring under de senaste 6 månaderna

Har du genomgått kroppskontureringsbehandlingar tidigare? *

☐ Ja ☐ Nej

Medicinsk historia

Är du gravid, försöker bli gravid eller ammar? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du något av följande?

☐ Autoimmun sjukdom (lupus, RA, MS, etc.)

☐ Blödningsrubbning eller på blodförtunnare

☐ Diabetes

☐ Historia av keloid eller hypertrofisk ärrbildning

☐ Cancer (nuvarande eller inom de senaste 5 åren)

☐ Immunsupprimerad / immunrubbning

☐ Ingen av ovanstående

Har du kryoglobulinemi, kallblodagglutininssjukdom eller paroxysmisk kall hemoglobinuri? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du Raynauds sjukdom, kallurticaria eller allvarlig kälskkänslighet? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du en pacemaker, defibrillator eller implantat av elektronisk enhet? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du metallimplantat, en kopparspiral eller metall nära behandlingsområdet? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du en bråck i eller nära behandlingsområdet? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du genomgått kirurgi i behandlingsområdet under de senaste 6 månaderna? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du epilepsi eller kramper? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du öppna sår, utslag, infektion eller åderbråck på området? *

☐ Ja ☐ Nej

Nuvarande läkemedel och tillskott

Allergier (läkemedel, latex, lidokain, bedövningsmedel)

Risker och komplikationer

Potentiella risker och komplikationer:

- Rodnad, svullnad, blåmärken, domningskänsla, stickningar och ömhet i behandlingsområdet i dagar till veckor
- Muskelömhet efter EMS, liknar intensiv träning
- Hujorenhetlighet, asymmetri i kontur eller ojämn fettreduktion
- Paradoxal adipös hyperplasi – en sällsynt förstoringen av fett på behandlingsområdet månader efter kryolipolys som kan kräva kirurgisk behandling
- Frostskador, brännskador eller blåsbildning (sällsynt)
- Sen smärta – nervsmärta som uppstår dagar efter behandling, brukar gå över inom veckor
- Bråckbildning eller försämring med EMS eller sugning
- Resultaten varierar och fettreduktion per session är blygsam (normalt 20-25 % av fett på behandlingsområdet för kryolipolys); en serie sessioner är vanligt

Kroppskonturering är inte en viktninskningstrategi. Stabil vikt, vätskeintag och aktivitet stödjer resultaten.

Jag förstår att kroppskonturering behandlar lokaliserat fett eller muskelton, att synliga resultat utvecklas över 2-3 månader, att flera sessioner kan behövas, och att inget specifikt resultat har garanterats.

Jag förstår att detta inte är viktninskning och resultaten varierar: _____

Jag förstår den sällsynta risken för paradoxal adipös hyperplasi efter kryolipolys, sen smärta, brännskador och konturorregelbundenhet, och jag har uppgivit eventuella implantat, bråck eller kallrelaterade sjukdomar.

Jag förstår risken för paradoxal adipös hyperplasi och andra komplikationer: _____

Fotobefrielse

Får vi ta före- och efterbilder för din behandlingsjournal? *

- ☐ Ja - endast för min medicinska journal
- ☐ Ja - och du kan använda dem anonymt för marknadsföring
- ☐ Nej

Tjänstelogg

Endast för kontorsbruk

	Datum	Område	Enhet / Applicerare / Inställningar	Anteckningar
Post 1				
Post 2				
Post 3				
Post 4				
Post 5				
Post 6				

Samtycke och underskrift

Jag samtycker frivilligt till icke-invasiv kroppskontureringsbehandling. Jag har informerats om fördelarna, riskerna, alternativen och potentiella komplikationer. Jag förstår att detta är en frivillig kosmetisk procedur, att det inte är en ersättning för viktminskning, och att inget resultatgaranti har gjorts. Jag frånlägger leverantören och praktiken från ansvar relaterat till denna behandling förutom i fall av vårdslöshet.

Jag bekräftar att jag har läst och förstått informationen ovan och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår informationen ovan: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahålls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.