

ใบยินยอมการรักษาร่างกาย

ใบยินยอมการรักษาอย่างมีสติสำหรับการร่างกายแบบไม่ใช้วิธีรุกรานรวมถึงการแช่เย็นไข่ม้วน การกระตุ้นกล้ามเนื้อแม่เหล็กไฟฟ้า ความถี่วิทยุ และการลดไข่ม้วนด้วยอัลตราซาวด์

ข้อมูลผู้รับบริการ

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

เบอร์โทรศัพท์ *

วันเดือนปีเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดการรักษา

ประเภทการรักษา *

- ☐ การแช่เย็นไข่ม้วน (การแช่เย็น) ☐ การกระตุ้นกล้ามเนื้อแม่เหล็กไฟฟ้า (EMS)
☐ ความถี่วิทยุ / การลดไข่ม้วนด้วยอัลตราซาวด์ ☐ รวมกัน

พื้นที่ที่รักษา *

- ☐ ก้น ☐ ส่วนข้าง / รักแร้ ☐ ขา
☐ แขน ☐ สะโพก ☐ ใต้คาง
☐ หลัง / เส้นชุด

น้ำหนักปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

คุณเคยได้รับการรักษาร่างกายแบบอื่นมาก่อนหรือไม่ *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

ประวัติการแพทย์

คุณตั้งครรภ์ พยายามมีบุตร หรือให้นมบุตรอยู่หรือไม่ *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีอาการใดต่อไปนี้หรือไม่

- ☐ โรคภูมิคุ้มกันตัวเอง (lupus RA MS ฯลฯ) ☐ ความผิดปกติของการออกเลือด หรือใช้ยาละลายลิ่มเลือด
☐ เบาหวาน ☐ ประวัติของเนื้อแผลเป็นหรือแผลเป็นที่โดนเก็บ
☐ มะเร็ง (ปัจจุบันหรือในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา) ☐ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง / ความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน
☐ ไม่มีข้างต้น

คุณมีโรค cryoglobulinemia โรค cold agglutinin หรือ paroxysmal cold hemoglobinuria หรือไม่ *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีโรค Raynaud โรค cold urticaria หรือความไวต่อความเย็นที่รุนแรงหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมี pacemaker defibrillator หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ฝังไว้หรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีโครงสร้างโลหะ IUD ทองแดง หรือโลหะใกล้พื้นที่ที่รักษาหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีไข้เฉียบพลันหรือใกล้พื้นที่ที่รักษาหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณเคยผ่าตัดในพื้นที่ที่รักษาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีโรคลมชัก หรือความผิดปกติของการชัก หรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีแผลเปิด ผื่น การติดเชื้อ หรือเส้นเลือดอุดตันในพื้นที่นั้นหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

ยาและอาหารเสริมปัจจุบัน

ภูมิแพ้ (ยา ยางนวม lidocaine สาร)

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น:

- ผื่นแดง การบวม ข้ำหระ ความชาหรือการเคลิบเคลื่อน และความเจ็บปวด ในพื้นที่ที่รักษาเป็นเวลาเป็นวันถึงสัปดาห์
- ความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ หลังจาก EMS คล้ายกับการออกกำลังกายที่หนักมาก
- ความไม่สม่ำเสมอของผิว ความไม่สมดุลของร่างกาย หรือการลดไขมันที่ไม่สม่ำเสมอ
- ความเพิ่มขึ้นของไขมันแบบผิดปกติ — การบวมของไขมันในพื้นที่ที่รักษาหลังจากการแช่เย็นไขมันไม่กี่เดือนที่อาจต้องการการรักษาด้วยการผ่าตัด
- อักเสบ การไหม้ หรือแผลพองน้ำ (หายากมาก)
- ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นซ้ำ — ความเจ็บปวดของเส้นประสาทที่เริ่มขึ้นเป็นวันหลังการรักษา มักจะหายไปในวันถัดมา
- การเกิดไข้เฉียบพลันหรือความหนักเพิ่มขึ้น กับ EMS หรือการดูดไขมัน
- ผลลัพธ์จะแตกต่างกัน และการลดไขมันต่อการรักษาแต่ละครั้งไม่มากนัก (โดยปกติ 20–25% ของไขมันในพื้นที่ที่รักษาสำหรับการแช่เย็นไขมัน); การรักษาหลายครั้งนั้นเป็นเรื่องปกติ

การรักษาร่างกายไม่ใช่การรักษาการสูญเสียน้ำหนัก น้ำหนักที่เสถียร การดื่มน้ำ และกิจกรรมช่วยสนับสนุนผลลัพธ์

ฉันเข้าใจว่าการรักษาร่างกายรักษาไขมันในท้องตื้นหรือเสียงของกล้ามเนื้อ ว่าผลลัพธ์ที่มองเห็นได้พัฒนาในช่วง 2-3 เดือน ว่าอาจต้องการหลายการรักษา และไม่มีารรับประกันผลลัพธ์ที่เฉพาะเจาะจง

ฉันเข้าใจว่าฉันไม่ใช่การสูญเสียน้ำหนักและผลลัพธ์จะแตกต่างกัน: _____

ฉันเข้าใจความเสี่ยงที่หายากของการเพิ่มขึ้นของไขมันแบบผิดปกติหลังจากการแช่เย็นไขมัน ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นซ้ำ การไหม้ และความไม่สม่ำเสมอของร่างกาย และฉันได้เปิดเผยโครงสร้างใด ๆ ไล่เฉี่ยว หรือสภาวะที่เกี่ยวข้องกับความเย็น

ฉันเข้าใจความเสี่ยงของการเพิ่มขึ้นของไขมันแบบผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ: _____

อนุญาตการใช้ภาพถ่าย

คุณอนุญาตให้เราถ่ายภาพก่อนและหลังการรักษาสำหรับบันทึกการรักษาของคุณหรือไม่ *

☐ ใช่ — สำหรับบันทึกการแพทย์ของฉันเท่านั้น

☐ ใช่ — และคุณอาจใช้ภาพเหล่านี้โดยไม่เปิดเผยตัวตนเพื่อการตลาด

☐ ไม่

บันทึกการให้บริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	พื้นที่	อุปกรณ์ / Applicator / การตั้งค่า	หมายเหตุ
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				
รายการ 4				
รายการ 5				
รายการ 6				

ยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมอย่างสมัครใจสำหรับการรักษาร่างกายแบบไม่ใช้วิธีรุกราน ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยง ทางเลือก และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ฉันเข้าใจว่านี่คือการรักษาเชิงเลือก สำหรับจุดประสงค์ด้านความงาม ว่าไม่ใช่ทางเลือกแทนการสูญเสียน้ำหนัก และไม่มีการรับประกันผลลัพธ์ ฉันปลดปล่อยผู้ให้บริการและการบริหารจากความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการรักษานี้ยกเว้นในกรณีที่มีการละเลย

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้นและให้ความยินยอมอย่างมีสติ

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเตือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้ก็ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ