

Інформована згода на контурування тіла

Інформована згода на неінвазивне контурування тіла, включаючи кріоліполіз, електромагнітну стимуляцію м'язів, радіочастотну та ультразвукову редукцію жиру

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі лікування

Тип лікування *

☐ Кріоліполіз (заморожування жиру)

☐ Електромагнітна стимуляція м'язів (EMS)

☐ Радіочастотна / ультразвукова редукція жиру

☐ Комбінована

Зони лікування *

☐ Живіт

☐ Боки / люблені ручки

☐ Стегна

☐ Руки

☐ Сідниці

☐ Під підборіддям

☐ Спина / лінія ліфчика

Поточна вага

Зміна ваги за останні 6 місяців

Чи проходили ви лікування контурування тіла раніше? *

☐ Так ☐ Ні

Медична історія

Чи ви вагітні, намагаєтесь завагітніти або годуєте грудьми? *

☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є щось із наведеного нижче?

- ☐ Автоімунне захворювання (вовчак, РА, РС та ін.)
- ☐ Порушення згортання крові або приймання антикоагулянтів
- ☐ Цукровий діабет
- ☐ Історія келоїдних або гіпертрофічних рубців
- ☐ Рак (поточний або протягом останніх 5 років)
- ☐ Імуносупресія / розлад імунної системи
- ☐ Жоден із перелічених

Чи у вас є кріоглобулінемія, хвороба холодних агглютинінів або пароксизмальна холодна гемоглобінурія? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є синдром Рейно, холодна крапивниця або сильна чутливість до холоду? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є кардіостимулятор, дефібрилятор або вживлений електронний пристрій? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є металеві імпланти, мідна спіраль або метал біля зони лікування? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є грижа в або біля зони лікування? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи проходили ви операцію на зоні лікування протягом останніх 6 місяців? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є епілепсія або розлад судорог? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи у вас є відкриті рани, висип, інфекція або варикозні вени в цій зоні? *

- ☐ Так ☐ Ні

Поточні ліки та добавки

Алергії (ліки, латекс, лідокаїн, анестетики)

Ризики та ускладнення

Можливі ризики та ускладнення:

- Почервоніння, набрякання, гематоми, оніміння, поколювання та болючість оброблюваної зони протягом днів-тижнів
- Болі м'язів після EMS, як після інтенсивного тренування
- Нерівність шкіри, асиметрія контурів або нерівномірна редукція жиру
- Парадоксальна гіпертрофія жирової тканини — рідкісне збільшення жиру в оброблюваній зоні через кілька місяців після кріоліполізу, що може вимагати хірургічної корекції
- Обморожень, опіки або вмистилики (рідко)
- Пізнобіль — невралгічний біль, що розпочинається через кілька днів після лікування, зазвичай розв'язується протягом тижнів
- Формування грижі або її погіршення з EMS або всмоктуванням
- Результати варіюють, і редукція жиру за сеанс скромна (зазвичай 20-25% жиру в оброблюваній зоні для кріоліполізу); серія сеансів часта

Контрування тіла не є методом зниження ваги. Стабільна вага, гідратація та активність підтримують результати.

Я розумію, що контурування тіла лікує локалізований жир або тонус м'язів, що видимі результати розвиваються протягом 2-3 місяців, що може знадобитися кілька сеансів, і що конкретний результат не гарантований.

Я розумію, що це не зниження ваги, і результати варіюють: _____

Я розумію рідкий ризик парадоксальної гіпертрофії жирової тканини після кріоліполізу, пізнобіль, опіки та нерівність контурів, і я розкрив будь-які імпланти, грижі або холод-асоційовані стани.

Я розумію ризик парадоксальної гіпертрофії жирової тканини та інших ускладнень: _____

Дозвіл на фотографування

Можемо ми зробити фотографії до та після лікування для вашого медичного досьє? *

- ☐ Так — лише для мого медичного досьє
- ☐ Так — і ви можете використовувати їх анонімно для маркетингу
- ☐ Ні

Журнал послуг

Тільки для службового використання

	Дата	Зона	Пристрій / аплікатор / налаштування	Примітки
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я добровільно дозволяю неінвазивне лікування контурування тіла. Мене проінформували про переваги, ризики, альтернативи та можливі ускладнення. Я розумію, що це факультативна косметична процедура, що вона не замінює зниження ваги, і що конкретна результату не гарантована. Я звільняю провайдера та практику від відповідальності, пов'язаної з цим лікуванням, за винятком випадків недбалості.

Я підтверджую, що прочитав і зрозумів наведену вище інформацію та даю свою інформовану згоду.

Я прочитав і розумію наведену вище інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем.

Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.