

Đồng ý Điều trị Body Contouring

Đồng ý thông tin cho điều trị body contouring không xâm lấn bao gồm cryolipolysis, kích thích cơ điện từ, radiofrequency và giảm mỡ siêu âm

Thông tin khách hàng

Tên *

Họ *

Địa chỉ email *

Số điện thoại *

Ngày sinh *

MM / DD / YYYY

Chi tiết điều trị

Loại điều trị *

- ☐ Cryolipolysis (đông cứng mỡ) ☐ Kích thích cơ điện từ (EMS)
☐ Radiofrequency / Giảm mỡ siêu âm ☐ Kết hợp

Vùng điều trị *

- ☐ Bụng ☐ Bên hông / Mỡ thừa ☐ Đùi
☐ Cánh tay ☐ Mông ☐ Dưới cằm
☐ Lưng / Đường quần áo

Cân nặng hiện tại

Thay đổi cân nặng trong 6 tháng gần đây

Bạn đã từng điều trị body contouring trước đây không? *

- ☐ Có ☐ Không

Tiền sử bệnh lý

Bạn đang mang thai, chuẩn bị mang thai hoặc đang cho con bú không? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có bất kỳ điều kiện nào sau đây không?

- ☐ Bệnh tự miễn dịch (lupus, viêm khớp dạng thấp, xơ cứng tủy, v.v.)
- ☐ Rối loạn chảy máu hoặc đang dùng thuốc chống đông máu
- ☐ Bệnh tiểu đường
- ☐ Tiền sử sẹo keloid hoặc sẹo phì đại
- ☐ Ung thư (hiện tại hoặc trong 5 năm gần đây)
- ☐ Suy giảm miễn dịch / Rối loạn miễn dịch
- ☐ Không có điều kiện nào trong những điều trên

Bạn có cryoglobulinemia, bệnh keo lạnh hoặc hemoglobinuria lạnh xuất phát không? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có bệnh Raynaud, mề đay do lạnh hoặc nhạy cảm lạnh nghiêm trọng không? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có máy tạo nhịp tim, khử rung tim hoặc thiết bị điện tử cấy ghép không? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có cấy ghép kim loại, IUD đồng hoặc kim loại gần vùng điều trị không? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có thoát vị ở hoặc gần vùng điều trị không? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn đã phẫu thuật ở vùng điều trị trong 6 tháng gần đây không? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có bệnh động kinh hoặc rối loạn động kinh không? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có vết thương hở, phát ban, nhiễm trùng hoặc giãn tĩnh mạch ở khu vực này không? *

- ☐ Có ☐ Không

Thuốc và chất bổ sung hiện tại

Dị ứng (thuốc, latex, lidocaine, gây tê)

Rủi ro & Biến chứng

Rủi ro và Biến chứng Tiềm năng:

- Đỏ, phù nề, bầm tím, tê, ngứa ngáy và nổi nóc ở vùng điều trị trong những ngày đến vài tuần
- Đau cơ sau EMS, tương tự như một buổi tập luyện cường độ cao
- Bất thường da, không đối xứng đường nét hoặc giảm mỡ không đều
- Tăng sinh mỡ nghịch lý — sự phóng đại mỡ hiếm gặp ở vùng được điều trị vài tháng sau cryolipolysis có thể yêu cầu sửa chữa phẫu thuật
- Nhiễm độc lạnh, bỏng hoặc nổi bóng (hiếm gặp)
- Đau khởi phát muộn — đau thần kinh bắt đầu vài ngày sau điều trị, thường lành trong vòng vài tuần
- Hình thành thoát vị hoặc trở nên tồi tệ hơn với EMS hoặc hút
- Kết quả khác nhau và giảm mỡ trên mỗi buổi là khiêm tốn (thường là 20–25% mỡ ở vùng được điều trị đối với cryolipolysis); một loạt các buổi là phổ biến

Body contouring không phải là điều trị giảm cân. Cân nặng ổn định, hydrat hóa và hoạt động hỗ trợ kết quả.

Tôi hiểu rằng body contouring điều trị mỡ cục bộ hoặc tình trạng cơ, rằng kết quả rõ rệt phát triển trong 2–3 tháng, rằng có thể cần nhiều buổi điều trị, và rằng không có kết quả cụ thể nào được đảm bảo.

Tôi hiểu đây không phải giảm cân và kết quả khác nhau: _____

Tôi hiểu được rủi ro hiếm gặp của tăng sinh mỡ nghịch lý sau cryolipolysis, đau khởi phát muộn, bỏng và bất thường đường nét, và tôi đã tiết lộ bất kỳ cấy ghép, thoát vị hoặc tình trạng liên quan lạnh nào.

Tôi hiểu rủi ro hiếm gặp của tăng sinh mỡ nghịch lý và các biến chứng khác: _____

Phát hành ảnh

Chúng tôi có thể chụp ảnh trước và sau điều trị cho hồ sơ điều trị của bạn không? *

- ☐ Có — chỉ cho hồ sơ y tế của tôi
- ☐ Có — và bạn có thể sử dụng chúng một cách ẩn danh cho tiếp thị
- ☐ Không

Nhật ký dịch vụ

Chỉ dành cho sử dụng nội bộ

	Ngày	Khu vực	Thiết bị / Applicator / Cài đặt	Ghi chú
Mục 1				
Mục 2				
Mục 3				
Mục 4				
Mục 5				
Mục 6				

Đồng ý & Chữ ký

Tôi tự nguyện đồng ý điều trị body contouring không xâm lấn. Tôi đã được thông báo về lợi ích, rủi ro, các lựa chọn thay thế và các biến chứng tiềm năng. Tôi hiểu đây là một thủ tục thẩm mỹ tùy chọn, rằng nó không phải là sự thay thế cho giảm cân, và rằng không có sự đảm bảo về kết quả nào được thực hiện. Tôi giải phóng nhà cung cấp dịch vụ và phòng khám khỏi trách nhiệm liên quan đến điều trị này ngoại trừ trong trường hợp sơ suất.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu thông tin trên và đồng ý thông tin.

Tôi đã đọc và hiểu thông tin ở trên: _____

Chữ ký

Ngày

Họ và tên

Ngày *

MM / DD / YYYY

Biểu mẫu này được cung cấp miễn phí bởi Consentify

Consentify chuyển đổi các biểu mẫu như thế này thành sự đồng ý kỹ thuật số mà khách hàng của bạn ký trên điện thoại của riêng họ bằng mã QR — với các tệp PDF tự động, cờ chống chỉ định và lưu trữ được mã hóa. Gói miễn phí có sẵn tại <https://getconsentify.com>.

Chỉ là mẫu. Hãy xem xét với chuyên gia có giấy phép hoặc tư vấn pháp lý của riêng bạn trước khi sử dụng; yêu cầu khác nhau tùy theo khu vực pháp lý và phương pháp tập luyện.