

Derma Filler Consent - Hungarian

Tájékoztató beleegyezés a hialuronsav és egyéb dermális kitöltő anyagok injekciójához

Kliens Információ

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail Cím *

Telefonszám *

Születési Dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Kezelés Részletei

Kitöltő Termék *

- | | |
|---|---|
| ☐ Juvederm (Voluma, Vollure, Volbella) | ☐ Restylane (Lyft, Silk, Defyne, Refyne) |
| ☐ Radiesse | ☐ Sculptra |
| ☐ RHA Kollekcio | ☐ Revanesse Versa |
| ☐ Egyéb | |

Kezelési Területek *

- | | |
|---|--|
| ☐ Ajkak | ☐ Orr-szaj redők (mosolyvonalak) |
| ☐ Báb vonalak | ☐ Arccsontok / Középső arcterület térfogata |
| ☐ Áll növelés | ☐ Állcsalád kontúrozása |
| ☐ Szem alatti terület / Könnyvályú | ☐ Halántékok |
| ☐ Nem műtéti rinoplasztika | ☐ Kezek |

Egészségügyi Szűrés

Volt már dermális kitöltő injekciói? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, írja le az előző szövődményeket

Volt már valaha állandó vagy félig állandó kitöltő (pl. szilikon, PMMA)? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Volt fogorvosi kezelése az elmúlt 2 hétben vagy van tervezett? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van herpes labialis (egyszerű herpes) előzménye? *

☐ Igen ☐ Nem

Van autoimmun betegségei? *

☐ Igen ☐ Nem

Kockázatok és Szövődmények

Lehetséges Kockázatok és Szövődmények:

- Zúzódások, duzzanat és pirosság az injekciós helyeken (gyakori, 1-2 hét alatt elmúlik)
- Aszimmetria, amely esetleg korrekciót igényel
- Csomók vagy púpok a bőr alatt
- Tyndall-effektus (kéesség, különösen a szem alatt)
- Fertőzés az injekciós helyeken
- Granulóma képződés (gyulladásos reakció)
- Érrendszeri elzáródás — az érszakadás elzáródása, amely szövetkárosodáshoz vezethet, vagy rendkívül ritka esetekben látászavarokhoz vagy vaksághoz
- Bőrnecrosis (szöveti halál) ha a vérellátás sérült
- Termék migrációja az előírányzott területről
- Allergiás reakció (ritka hialuronsav kitöltőknél)

Hialuronitidáz (Hyalenex) használható a hialuronsav kitöltők feloldására szövődmények esetén. A nem HA kitöltők nem oldódnak fel.

Megértem, hogy az érrendszeri elzáródás a dermális kitöltő injekció ritka de súlyos szövődménye, amely szövetkárosodáshoz, bőrnecrosis-hoz vagy látózavarhoz vezethet. Megértem az azonnali orvosi segítség keresésének fontosságát, ha a kezelés után szokatlan fájdalmat, elhalványulást vagy látózavarokat tapasztalok.

Megértem az érrendszeri elzáródás kockázatát: _____

Tájékoztattak a dermális kitöltő kezelés lehetséges kockázatairól és szövődményeiről. Megértem, hogy az eredmények változnak, a kitöltő ideiglenes, és további kezelésekre lehet szükség.

Elismerem az összes fent említett kockázatot: _____

Szolgáltatási Napló

Csak belső használatra

	Dátum	Terület	Termék / Tétel szám	Térfogat (ml)
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Beleegyezés és Aláírás

Önként beleegyezek a dermális kitöltő injekciós kezelésbe. Tájékoztattak az előnyökről, kockázatokról, alternatívákról és lehetséges szövődményekről. Lehetőségem volt kérdéseket feltenni, és minden kérdésemre kielégítő választ kaptam. Megértem, hogy ez egy választható kozmetikai eljárás, és nem adtak garanciát az eredményre. Felmentelem az ellátót és a rendelőt az ezzel a kezeléssel kapcsolatos felelősség alól.

Megerősítöm, hogy elolvastam és értem a fenti információkat, és megadom a tájékozott beleegyezésemet.

Elovastam és értem a fenti információkat: _____

Aláírás

Dátum

Nyomtatott név

Dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Ezt az űrlapot a Consentify ingyenesen biztosította

A Consentify az ehhez hasonló formákat digitális beleegyezésekké alakítja, amelyeket az ügyfelek QR-kód segítségével saját telefonjukon írnak alá — automatikus PDF-ekkel, kontraindikáció jelzésekkel és titkosított tárolással. Ingyenes csomag elérhető a <https://getconsentify.com> webhelyen.

Csak sablon. Használat előtt tekintse át saját szakképzett szakemberével vagy jogi tanácsadóval; a követelmények joghatóság és gyakorlat szerint változnak.