

Zgoda na zabiegi wypełniania tkanek

Świadoma zgoda na zabiegi wstrzykiwania kwasu hialuronowego i innych wypełniaczy dermicznych

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Produkt wypełniający *

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

Obszary zabiegu *

- | | |
|---|--|
| ☐ Usta | ☐ Zmarszczki nosowo-wargowe (linie uśmiechu) |
| ☐ Linie marionetkowe | ☐ Policzki / objętość środkowej części twarzy |
| ☐ Powiększanie podbródka | ☐ Konturowanie linii szczęki |
| ☐ Pod oczami / bruzda łzowa | ☐ Skronie |
| ☐ Nieruchirurgiczna rinoplastyka | ☐ Dłonie |

Ocena stanu zdrowia

Czy wcześniej miałeś/miałaś zabiegi wstrzykiwania wypełniaczy? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, opisz wszelkie poprzednie powikłania

Czy kiedykolwiek miałeś/miałaś stały lub półtrwały wypełniacz (np. silikon, PMMA)? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy miałeś/miałaś pracę stomatologiczną w ciągu ostatnich 2 tygodni lub masz ją zaplanowaną? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz historię zmian pęcherzykowych (opryszczka)? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz jakiegokolwiek choroby autoimmunologiczne? *

☐ Tak ☐ Nie

Ryzyka i powikłania

Potencjalne zagrożenia i powikłania:

- Siniaki, obrzęki i zaczerwienienie w miejscach wstrzyknięć (częste, ustępują w ciągu 1-2 tygodni)
- Asymetria wymagająca retuszu
- Grudki lub guzy pod skórą
- Efekt Tyndalla (niebieskie zabarwienie, szczególnie pod oczami)
- Infekcja w miejscach wstrzyknięć
- Ziarniniakowość (reakcja zapalna)
- Okluzja naczyniowa — niedrożność naczynia krwionośnego, która może prowadzić do zniszczenia tkanek lub, w niezwykle rzadkich przypadkach, do zmian widzenia lub ślepoty
- Martwica skóry (śmierć tkanek) w przypadku compromisu dopływu krwi
- Migracja produktu z zamierzonego obszaru
- Reakcja alergiczna (rzadka w przypadku wypełniaczy na bazie kwasu hialuronowego)

Hyaluronidazę (Hyalenex) można zastosować do rozpuszczenia wypełniaczy na bazie kwasu hialuronowego w przypadku powikłań. Wypełniacze inne niż HA nie mogą być rozpuszczane.

Rozumiem, że okluzja naczyniowa jest poważnym, ale rzadkim powikłaniem zabiegu wstrzykiwania wypełniaczy dermicznych, które może prowadzić do zniszczenia tkanek, martwicy skóry lub zmian widzenia. Rozumiem znaczenie natychmiastowego zwrócenia się o pomoc medyczną, jeśli po zabiegu doświadczę niezwykłego bólu, zblędnienia lub zmian widzenia.

Rozumiem ryzyko okluzji naczyniowej: _____

Zostałem/am poinformowany/a o potencjalnych zagrożeniach i powikłaniach zabiegu wypełniającego. Rozumiem, że wyniki są różne, wypełniacz jest czasowy i mogą być potrzebne dodatkowe zabiegi.

Potwierdzam zaznajomienie się ze wszystkimi opisanymi wyżej zagrożeniami: _____

Dziennik usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Produkt / Nr partii	Objętość (mL)
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na zabieg wstrzykiwania wypełniaczy dermicznych. Zostałem/am poinformowany/a o korzyściach, zagrożeniach, alternatywach i potencjalnych powikłaniach. Miałem/am możliwość zadawania pytań i na wszystkie moje pytania udzielono zadowalających odpowiedzi. Rozumiem, że jest to elektywny zabieg kosmetyczny i żadne gwarancje rezultatu nie zostały udzielone. Zwalniamy dostawcę i praktykę z odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem.

Potwierdzam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje i wyrażam świadomą zgodę.

Przeczytałem/am i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twoi klienci podpisują na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.