

Souhlas s procedurami obličeje

Souhlas a konzultace kůže pro obličejové procedury, hydradermabrázi, dermaplaning, enzymatické léčby a LED terapii

Údaje klienta

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Konzultace kůže

Služby dnes *

☐ Klasická / Vlastní obličejová procedura

☐ Hydradermabráze

☐ Dermaplaning

☐ Enzymatická nebo lehká chemická exfoliace

☐ Extrakce

☐ LED světelná terapie

☐ Mikropoud

Typ kůže *

☐ Normální

☐ Suchá

☐ Mastná

☐ Kombinovaná

☐ Citlivá

Obavy týkající se kůže

☐ Akné / Vyrážky

☐ Jemné linky / Stárnutí

☐ Tmavé skvrny / Nerovnoměrný tón

☐ Zčervenání / Rozácea

☐ Suchá kůže / Dehydratace

☐ Textura / Póry

Současné kosmetické produkty

Zdravotní a kožní screening

Používali jste v posledních 5-7 dnech retinol, tretinoin nebo jiné retinoidy? *

☐ Ano ☐ Ne

Užívali jste izotretinoin (Accutane) v posledních 6 měsících? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte dnes aktivní herpes labialis, otevřené rány, spáleninu od slunce nebo kožní infekci? *

☐ Ano ☐ Ne

Měli jste v posledních 2 týdnech injekce, laserovou léčbu, mikroneedling, depilaci voskem nebo chemický peeling? *

☐ Ano ☐ Ne

Jste těhotná nebo kojící? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte epilepsii, kardiostimulátor nebo kovové implantáty v obličeji? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte alergii na ingredience kosmetických produktů, ořechy, latex nebo vůně? *

☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, prosím vyplňte

Současné léky

Rizika a komplikace

Možné reakce:

- Zčervenání, teplota a mírná citlivost po dobu několika hodin
- Čistění nebo vyrážky po několika dny po exfoliaci nebo extrakci
- Suchá kůže nebo olupování
- Malé řezné rány nebo podráždění z dermaplaningu (vzácně)
- Alergická reakce na produkt
- Hyperpigmentace pokud je ošetřovaná kůže vystavena slunci bez ochrany
- Vybavení herpetické rány u pacientů s historií herpetické infekce

Vyhnete se slunci, retinoidu, exfoliačním kyselinám a intenzivnímu cvičení po dobu 24–48 hodin po léčbě a každodenně používejte SPF 30+.

Potvrzuji, že mé odpovědi týkající se používání retinoidů, izotretinoin, nedávných procedur, alergií a zdravotního stavu jsou přesné a rozumím, že léčba může být upravena nebo odmítnuta na základě těchto informací.

Zveřejnil(a) jsem historii své kůže a produkty: _____

Protokol služeb

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Služby / Produkty	Pozorování kůže	Doporučení péče doma
Záznam 1				

	Datum	Služby / Produkty	Pozorování kůže	Doporučení péče doma
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s obličejovými procedurami vybranými výše. Rozumím, že estetička nediagnózuje ani neléčí zdravotní stav, že výsledky se liší, a že bych měl(a) okamžitě hlásit jakýkoli diskomfort během léčby. Osvobozuji poskytovatele a praxi od odpovědnosti související s touto léčbou s výjimkou případů nedbalosti.

Potvrzuji, že jsem si přečetl(a) a porozuměl(a) výše uvedeným informacím a daruji svůj informovaný souhlas.

Přečetl(a) jsem si výše uvedené informace a souhlasím s léčbou: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.