

Згода на проведення процедур на обличчі

Згода та консультація шкіри для чищення обличчя, гідродермабразії, дермапланування, ферментних пілінгів та LED-терапії

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Консультація шкіри

Послуги сьогодні *

- | | |
|---|--|
| ☐ Класичне / індивідуальне чищення обличчя | ☐ Гідродермабразія |
| ☐ Дермапланування | ☐ Ферментний або легкий хімічний пілінг |
| ☐ Видалення комедонів | ☐ LED-світлотерапія |
| ☐ Мікрострумова терапія | |

Тип шкіри *

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Нормальна | ☐ Суха | ☐ Жирна |
| ☐ Комбінована | ☐ Чутлива | |

Проблеми шкіри

- | | |
|---|--|
| ☐ Акне / Висипання | ☐ Дрібні зморшки / Старіння |
| ☐ Темні плями / Нерівномірне забарвлення | ☐ Почервоніння / Розацеа |
| ☐ Сухість / Дегідратація | ☐ Текстура / Пори |

Поточні засоби для догляду за шкірою

Скринінг здоров'я та шкіри

Ви використовували ретинол, третиноїн або інші ретиноїди протягом останніх 5-7 днів? *

- ☐ Так ☐ Ні

Ви приймали ізотретиноїн (Accutane) протягом останніх 6 місяців? *

- ☐ Так ☐ Ні

У вас є активні герпес, відкриті ранки, сонячний опік або інфекція шкіри сьогодні? *

☐ Так ☐ Ні

Ви робили ін'єкції, лазер, мікронідлинг, депіляцію або хімічний пілінг протягом останніх 2 тижнів? *

☐ Так ☐ Ні

Ви вагітні або годуєте? *

☐ Так ☐ Ні

У вас є епілепсія, кардіостимулятор або металеві імпланти на обличчі? *

☐ Так ☐ Ні

У вас є алергія на інгредієнти косметики, горіхи, латекс або парфуми? *

☐ Так ☐ Ні

Якщо так, будь ласка, перелічіть

Поточні ліки

Ризики та ускладнення

Можливі реакції:

- Почервоніння, тепло та легка чутливість протягом кількох годин
- Загострення або висипання протягом кількох днів після пілінгу або видалення комедонів
- Сухість або лущення
- Дрібні подряпини або подразнення від дермапланування (рідко)
- Алергічна реакція на продукт
- Гіперпігментація якщо оброблена шкіра піддається впливу сонця без захисту
- Загострення герпесу при наявності в анамнезі герпес-симплексу

Уникайте сонця, ретиноїдів, кислот для пілінгу та інтенсивних тренувань протягом 24-48 годин після лікування та щодня використовуйте SPF 30+.

Я підтверджую, що мої відповіді про використання ретиноїдів, ізотретиноїну, недавні процедури, алергії та медичні умови є точними, і я розумію, що лікування може бути змінено або відхилено на основі цих даних.

Я розповів про історію шкіри та продукти: _____

Журнал послуг

Тільки для службового використання

	Дата	Послуги / Продукти	Спостереження за шкірою	Рекомендації з домашнього догляду
Запис 1				

	Дата	Послуги / Продукти	Спостереження за шкірою	Рекомендації з домашнього догляду
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я добровільно даю згоду на проведення вибраних вище процедур на обличчі. Я розумію, що естетиколог не діагностує та не лікує медичні стани, що результати варіюються, і що я повинен негайно повідомити про будь-який дискомфорт під час лікування. Я звільняю постачальника та практику від відповідальності, пов'язаної з цим лікуванням, крім випадків недбалості.

Я підтверджую, що прочитав та зрозумів вищезазначену інформацію та даю інформовану згоду.

Я прочитав та розумію вищезазначене та даю згоду на лікування: _____

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.