

# Zgoda na rozpuszczanie wypełniaczy kwasem hialuronowym (Hyaluronidaza)

Świadoma zgoda na rozpuszczanie wypełniaczy kwasu hialuronowego za pomocą hyaluronidazy, w tym screening na alergię i możliwość niepełnego lub nadmiernego korekty

## Informacje o kliencie

Imię \*

Nazwisko \*

Adres e-mail \*

Numer telefonu \*

Data urodzenia \*

DD / MM / RRRR

## Szczegóły zabiegu

Obszary do rozpuszczenia \*

☐ Usta

☐ Policzki / Środek twarzy

☐ Pod oczami / Bruzda łzowa

☐ Podbródek / Linia szczęki

☐ Nos

☐ Inne

Powód rozpuszczania \*

☐ Estetyka — niezadowolenie z wyniku

☐ Przemieszczenie lub grudki

☐ Podejrzenie powikłania naczyniowego (pilne)

☐ Przygotowanie do nowego zabiegu

Jaki wypełniacz był podany, gdzie i kiedy?

Czy miałeś hyaluronidazę wcześniej? \*

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, czy miałeś jakąkolwiek reakcję?

## Historia medyczna

Czy jesteś w ciąży, próbujesz zajść w ciążę lub karmisz piersią? \*

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz którykolwiek z poniższych stanów?

- ☐ Choroba autoimmunologiczna (toczeń, RA, MS itp.)
- ☐ Zaburzenie krzepnięcia lub stosowanie rozcieńczaczy krwi
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Historia bliznowatości keloidu lub hipertroficznej
- ☐ Rak (obecny lub w ciągu ostatnich 5 lat)
- ☐ Upośledzenie odporności / zaburzenie układu immunologicznego
- ☐ Żadne z powyższych

Czy jesteś uczulony na ukąszenia pszczoły lub osy? \*

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy kiedykolwiek miałeś reakcję na hyaluronidazę lub produkt ją zawierający? \*

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz w tej okolicy jakiś wypełniacz inny niż kwas hialuronowy lub trwały (np. Radiesse, Sculptra, silikon)? \*

- ☐ Tak ☐ Nie

Obecne leki i suplementy

Alergie (leki, lateks, lidokaina, znieczulające)

## Zagrożenia i powikłania

Potencjalne zagrożenia i powikłania:

- Reakcja alergiczna, w tym wysypka, opuchlizna, lub w rzadkich przypadkach anafilaksja (może zostać przeprowadzony test łątkowy)
- Nadmierne rozpuszczanie — utrata własnego naturalnego kwasu hialuronowego może spowodować czasowe zapady lub zwiotczenie, zwykle powracające w ciągu tygodni
- Niepełne rozpuszczanie — może być potrzebna więcej niż jedna sesja
- Krwiaki, opuchlizna, czułość w miejscach wstrzyknięcia
- Asymetria podczas stabilizacji obszaru
- Infekcja (rzadka)

Tylko wypełniacze kwasu hialuronowego mogą być rozpuszczane. Wyniki przyszłego ponownego zabiegu nie są gwarantowane, a ponowne wypełnianie zwykle jest odkładane na co najmniej 2 tygodnie.

Rozumiem, że hyaluronidaza może rozpuścić więcej lub mniej wypełniacza niż zamierzono, że moja naturalna objętość tkanek może się tymczasowo zmienić i że mogą być potrzebne dodatkowe sesje lub późniejsze ponowne leczenie.

Rozumiem, że zabieg może korekować nadmiernie lub niedostatecznie: \_\_\_\_\_

Rozumiem, że hyaluronidaza to enzym, który może powodować reakcje alergiczne i muszę natychmiast zgłosić swąd, wysypkę, opuchliznę twarzy lub trudności w oddychaniu.

Rozumiem ryzyko reakcji alergicznej: \_\_\_\_\_

## Zgoda na fotografie

Czy możemy robić fotografie przed i po zabiegu dla Twojej dokumentacji medycznej? \*

- ☐ Tak — tylko do mojej dokumentacji medycznej ☐ Tak — i możecie ich użyć anonimowo do marketingu  
☐ Nie

## Dziennik usług

Tylko do użytku wewnętrznego

|        | Data | Obszar | Produkt / Nr partii | Dawka / Objętość |
|--------|------|--------|---------------------|------------------|
| Wpis 1 |      |        |                     |                  |
| Wpis 2 |      |        |                     |                  |
| Wpis 3 |      |        |                     |                  |
| Wpis 4 |      |        |                     |                  |
| Wpis 5 |      |        |                     |                  |
| Wpis 6 |      |        |                     |                  |

## Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na wstrzyknięcie hyaluronidazy w celu rozpuszczenia wypełniaczy kwasu hialuronowego. Zostałem(am) poinformowany(a) o korzyściach, zagrożeniach, alternatywach i potencjalnych powikłaniach. Rozumiem, że żadna gwarancja nie została złożona dotycząca ostatecznego wyglądu traktowanego obszaru, że może być przeprowadzony test łatkowy i że mogę potrzebować dalszych sesji. Zwalniam dostawcę i praktykę z odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

Potwierdzam, że przeczytałem(am) i rozumiem powyższe informacje i udzielam świadomej zgody.

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.