

Souhlas s obnovou vlasů (PRP / transplantace)

Informovaný souhlas s léčbou obnovy vlasů včetně injekcí PRP do kůže hlavy, mikro Jehlování a procedur extrakce folikulárních jednotek

Údaje klienta

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Podrobnosti léčby

Léčba *

- | | |
|---|--|
| ☐ Injekce PRP do kůže hlavy | ☐ PRP s mikro Jehlováním |
| ☐ Transplantace folikulárních jednotek (FUE) | ☐ Transplantace FUE obočí / vousů |
| ☐ Terapie exosomy nebo růstovými faktory | ☐ Ostatní |

Oblasti *

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| ☐ Tělo | ☐ Vlasová linie / spánky | ☐ Difúzní řídknutí |
| ☐ Obočí | ☐ Vousy | ☐ Pokrytí jizev |

Jak dlouho si všímáte vypadávání vlasů? *

- ☐ Méně než 1 rok ☐ 1-5 let ☐ Více než 5 let

Lékař diagnostikoval příčinu vašeho vypadávání vlasů? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Dosavadní léčba (minoxidil, finasterid, doplňky, předchozí PRP nebo transplantace)

Lékařská anamnéza

Jste těhotná, snažíte se otěhotnět nebo kojíte? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte některou z následujících podmínek?

- | | |
|---|--|
| ☐ Autoimunitní onemocnění (lupus, RA, MS atd.) | ☐ Porucha krvácení nebo užívání léků na ředění krve |
| ☐ Diabetes | ☐ Anamnéza keloidu nebo hypertrofické jizvy |
| ☐ Rakovina (aktuální nebo v poslední 5 letech) | ☐ Imunosuprimovaný / porucha imunity |
| ☐ Žádná z výše uvedených | |

Máte aktivní infekci kůže hlavy, psoriázu, folikulitidu nebo otevřené rány? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte hnízditou alopecii, jizvitou alopecii nebo autoimunitní poruchu vlasů? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte poruchu trombocytů nebo krevní poruchu, nebo užíváte antikoagulancia? *

- ☐ Ano ☐ Ne

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

- ☐ Ano ☐ Ne

Kouříte nebo užíváte nikotin elektronicky? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Jste těhotná nebo kojíte? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Aktuální léky a doplňky

Alergie (léky, latex, lidokain, anestetika)

Rizika a komplikace

Možná rizika a komplikace:

- Bolestivost, otok a modřiny kůže hlavy po dobu několika dní; otok čela po léčbě vlasové linie
- Krvácení na místech injekcí nebo extrakce
- Infekce nebo folikulitida
- Dočasné vypadávání stávajících vlasů (šok ztrátou) 2-8 týdnů po léčbě, obvykle s zotavením
- Necitlivost nebo změněná citlivost kůže hlavy, obvykle dočasná
- Malé tečkovité jizvy v dárce oblasti po FUE; viditelné řídnutí dárce oblasti při nadměrné sklizni
- Slabé přežití štěpu, přirozená vlasová linie nebo nerovnoměrná hustota vyžadující další seance
- Cysty nebo vrostlé vlasy na místech štěpu
- Žádná odpověď – výsledky PRP se liší a vyžadují sérii 3-4 seancí plus údržbu; vypadávání vlasů pokračuje v neléčených oblastech

Výsledky se začínají objevovat za 3-6 měsíců (PRP) nebo 9-12 měsíců (transplantace).

Rozumím, že výsledky obnovy vlasů jsou postupné, liší se mezi jednotlivci, mohou vyžadovat sérii léčeb a pokračující lékařskou terapii a že nebyla zaručena žádná konkrétní hustota nebo pokrytí.

Rozumím, že výsledky se liší a trvají měsíce: _____

Rozumím rizikům krvácení, infekce, šok ztrátou, tvorby jizev, necitlivosti a slabého přežití štěpu a že jsem sdělil všechny léky, stavy kůže hlavy a užívání nikotinu.

Rozumím chirurgickým a injekčním rizikům: _____

Souhlas s fotografiemi

Smíme si pořizovat fotografie před a po léčbě pro váš zdravotnický záznam? *

- ☐ Ano – pouze pro můj zdravotnický záznam
- ☐ Ano – a můžete je používat anonymně pro marketing
- ☐ Ne

Záznam služeb

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Oblast	Léčba / Štěpy / Objem	Poznámky
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s léčbou obnovy vlasů vybranou výše. Byl jsem informován o přínosech, rizicích, alternativách (včetně lékařské terapie a bez léčby) a možných komplikacích. Chápu, že se jedná o volitelný zákrok a nebyl učiněn žádný závazek týkající se výsledku. Zbavuji poskytovatele a kliniky odpovědnosti související s touto léčbou s výjimkou případů zanedbání.

Potvrzuji, že jsem si přečetl a porozuměl výše uvedeným informacím a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl jsem si a rozumím výše uvedeným informacím: _____

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.