

Hajbeültetési beleegyezés (PRP / Transzplantáció)

Tájékozott beleegyezés hajrestaurációs kezelésekhez, beleértve a PRP fejbőr injekciót, mikroutazást és follicularis egység extrakciós eljárásokat

Ügyfél adatai

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail cím *

Telefonszám *

Születési dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Kezelés részletei

Kezelés *

- | | |
|---|---|
| ☐ PRP fejbőr injekció | ☐ PRP mikroutazással |
| ☐ Follicularis egység extrakciós (FUE) transzplantáció | ☐ FUE szemöldök / szakál transzplantáció |
| ☐ Exoszóma vagy növekedési faktor terápia | ☐ Egyéb |

Területek *

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| ☐ Korona | ☐ Hajvonal / halántékok | ☐ Diffúz hígulás |
| ☐ Szemöldök | ☐ Szakál | ☐ Heg fedés |

Milyen régóta észleli a hajvesztést? *

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| ☐ Kevesebb, mint 1 év | ☐ 1-5 év | ☐ Több mint 5 év |
|--|---------------------------------|---|

Diagnosztizált-e orvos a hajvesztés okát? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Eddig kipróbált kezelések (minoxidil, finaszterid, szupplementumok, korábbi PRP vagy transzplantáció)

Orvosi történet

Terhes, vagy szeretne teherbe esni, vagy szoptat? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e az alábbiak közül valamelyike?

- | | |
|--|---|
| ☐ Autoimmun betegség (lupusz, RA, MS, stb.) | ☐ Vérzési zavar vagy vérkészítményen van |
| ☐ Cukorbetegség | ☐ A keloidos vagy hipertrófiás hegek előzménye |
| ☐ Rák (jelenleg vagy az utolsó 5 évben) | ☐ Immunszupprimált / immun rendellenesség |
| ☐ Fenti közül egyik sem | |

Van-e aktív fejbőr fertőzése, psoriázisa, folliculitisa vagy nyitott sebe? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e areata alopeciája, hegképző alopeciája vagy autoimmun hajbetegsége? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e vérlemezke vagy vérzési zavara, vagy antikoagulánsokat szed? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Szedett-e izotretinoint (Accutane) az utolsó 6 hónapban? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Dohányzik vagy e-cigit szív? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Terhes vagy szoptat? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Jelenlegi gyógyszerek és szupplementumok

Allergiák (gyógyszerek, latex, lidokain, érzéstelenítők)

Kockázatok és szövődmények

Lehetséges kockázatok és szövődmények:

- Fejbőr érzékenysége, duzzanat és véralfutás több napig; homloki duzzanat hajvonal kezelés után
- Vérzés injekciós vagy extrakciós helyeken
- Fertőzés vagy folliculitis
- Ideiglenes hajhullás a meglévő hajból (shock loss) 2-8 héttel a kezelés után, általában helyreáll
- Zsibbadtság vagy megváltozott érzés a fejbőrön, általában ideiglenesen
- Apró pontok alakú hegek a donor terület után az FUE után; látható hajhígulás a donor területen, ha túl sokat gyűjtöttek be
- Rossz graft túlélés, természetellenes hajvonal vagy egyenlőtlen sűrűség további munkamenetek szükségesek
- Ciszták vagy belenőtt szőrök graft helyeken
- Nincsen válasz — A PRP eredmények változnak és 3-4 ülésből álló sorozat és karbantartás szükséges; a hajvesztés a kezelt területeken kívül folytatódik

Az eredmények 3-6 hónapon belül (PRP) vagy 9-12 hónapon belül (transzplantáció) válnak láthatóvá.

Megértem, hogy a hajrestaurációs eredmények fokozatosak, egyénenként változnak, több kezelésre és folyamatos orvosi terápiára lehet szükség, és hogy nincs garantált sűrűség vagy fedés.

Tudom, hogy az eredmények változnak és hónapokat vesznek igénybe: _____

Megértem a vérzés, fertőzés, shock loss, hegképződés, zsibbadtság és rossz graft túlélés kockázatait, és hogy közöltem az összes gyógyszert, fejbőr állapotot és nikotin használatot.

Megértem a sebészeti és injekciós kockázatokat: _____

Fotó engedély

Szabad-e fénykép előttem és utána a kezelésről? *

☐ Igen — csak az orvosi feljegyzésemhez

☐ Igen — és anonimán használhatják a marketing-hez

☐ Nem

Szolgáltatási napló

Csak belső használatra

	Dátum	Terület	Kezelés / Graftok / Mennyiség	Megjegyzések
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Beleegyezés és aláírás

Önként beleegyezem a fent kiválasztott hajrestaurációs kezelésbe. Tájékoztattak a előnyökről, kockázatokról, alternatívákról (beleértve az orvosi terápiát és a kezelés nélküli lehetőséget), valamint a lehetséges szövődményekről. Megértem, hogy ez egy választható eljárás, és az eredmény nem garantált. Felmentést adok a szolgáltatónak és a gyakorlatnak a felelősség alól ezzel kapcsolatban, kivéve a hanyagság eseteit.

Megerősítem, hogy elolvastam és megértettem a fenti információkat, és tájékozott beleegyezést adok.

Elolvastam és megértettem a fenti információkat: _____

Aláírás

Dátum

Nyomtatott név

Dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Ezt az űrlapot a Consentify ingyenesen biztosította

A Consentify az ehhez hasonló formákat digitális beleegyezésekké alakítja, amelyeket az ügyfelek QR-kód segítségével saját telefonjukon írnak alá — automatikus PDF-ekkel, kontraindikáció jelzésekkel és titkosított tárolással. Ingyenes csomag elérhető a <https://getconsentify.com> webhelyen.

Csak sablon. Használat előtt tekintse át saját szakképzett szakemberével vagy jogi tanácsadóval; a követelmények joghatóság és gyakorlat szerint változnak.