

Zgoda na zabiegi przywracania włosów (PRP / Przeszczep)

Świadoma zgoda na zabiegi przywracania włosów, w tym zastrzykiwanie PRP do skóry głowy, mikroneedling i zabiegi ekstrakcji jednostkowych mieszków włosowych

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Zabieg *

- ☐ Zastrzykiwanie PRP do skóry głowy
- ☐ PRP z mikroneedlingiem
- ☐ Przeszczep jednostkowych mieszków włosowych (FUE)
- ☐ Przeszczep FUE brwi / brody
- ☐ Terapia egzosomami lub czynnikami wzrostu
- ☐ Inne

Obszary *

- ☐ Wierzchołek
- ☐ Linia włosów / skronie
- ☐ Rozlane zasiedzenie
- ☐ Brwi
- ☐ Broda
- ☐ Pokrycie blizn

Jak długo zauważasz wypadanie włosów? *

- ☐ Poniżej 1 roku
- ☐ 1-5 lat
- ☐ Ponad 5 lat

Czy lekarz zdiagnozował przyczynę twojego wypadania włosów? *

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Zabiegi, które dotychczas próbowałeś (minoksydyl, finasteryd, suplementy, wcześniejsze PRP lub przeszczep)

Historia medyczna

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

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy masz którekolwiek z poniższych schorzeń?

- ☐ Choroba autoimmunologiczna (toczeń, RZS, SM itp.)
- ☐ Zaburzenie krwawienia lub stosowanie leków rozrzedzających krew
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Historia bliznowatości keloidowej lub hipertroficznej
- ☐ Nowotwór (obecny lub w ciągu ostatnich 5 lat)
- ☐ Immunosupresja / zaburzenie odporności
- ☐ Żaden z powyższych

Czy masz aktywną infekcję skóry głowy, łuszczycę, zapalenie mieszków włosowych lub otwarte rany? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz ogniskowe wypadanie włosów, bliznowatą łysienę lub autoimmunologiczne schorzenie włosów? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz zaburzenie płytek krwi lub krwi, lub stosujesz antykoagulanty? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy stosowałeś izotretinoinę (Accutane) w ciągu ostatnich 6 miesięcy? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy palisz lub używasz waporów nikotyny? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Bieżące leki i suplementy

Alergie (leki, lateks, lidokaina, znieczulające)

Ryzyko i powikłania

Potencjalne ryzyko i powikłania:

- Czułość skóry głowy, opuchnięcie i siniaki przez kilka dni; opuchnięcie czoła po zabiegu na linii włosów
- Krwawienie w miejscach zastrzykiwania lub ekstrakcji
- Infekcja lub zapalenie mieszków włosowych
- Czasowe wypadanie istniejących włosów (szok przeszczepowy) 2-8 tygodni po zabiegu, zwykle z powrotem
- Tępotą lub zmienioną czułość skóry głowy, zwykle czasowa
- Małe blizny punktowe w obszarze dawcy po FUE; widoczne zasiedzenie obszaru dawcy, jeśli przepomografowano
- Słaba przeżywalność przeszczepu, nienaturalna linia włosów lub nierówna gęstość wymagająca dalszych sesji
- Torbiele lub wrastające włosy w miejscach przeszczepu
- Brak odpowiedzi — wyniki PRP są zróżnicowane i wymagają serii 3-4 sesji plus utrzymanie; wypadanie włosów trwa w obszarach nieleczonych

Wyniki stają się widoczne po 3-6 miesiącach (PRP) lub 9-12 miesiącach (przeszczep).

Rozumiem, że wyniki przywracania włosów są stopniowe, różnią się między jednostkami, mogą wymagać serii zabiegów i ciągłej terapii medycznej, i że żadna konkretna gęstość lub pokrycie nie zostały gwarantowane.

Rozumiem, że wyniki są stopniowe i trwają miesiące: _____

Rozumiem ryzyko krwawienia, infekcji, szoku przeszczepowego, bliznowacenia, tępoty i słabej przeżywalności przeszczepu, i że ujawniłem wszystkie leki, warunki skóry głowy i stosowanie nikotyny.

Rozumiem chirurgiczne i zastrzykowe ryzyko: _____

Zgoda na zdjęcia

Czy możemy zrobić zdjęcia przed i po zabiegu do twoich akt medycznych? *

- ☐ Tak — wyłącznie do moich akt medycznych
- ☐ Tak — i możecie je używać anonimowo do marketingu
- ☐ Nie

Dziennik zabiegu

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Zabieg / Przeszczepu / Objętość	Notatki
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na zabieg przywracania włosów wybrany powyżej. Zostałem poinformowany o korzyściach, ryzyku, alternatywach (w tym leczenie medyczne i brak leczenia) oraz potencjalnych powikłaniach. Rozumiem, że jest to procedura nieobowiązkowa i nie dokonano żadnej gwarancji wyniku. Zwalniamy dostawcę i praktykę od odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i daję moją świadomą zgodę.

Przeczytałem 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 Twój klient podpisuje 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.