

# Συμφωνία Ενημέρωσης για Αποτρίχωση με Laser

Ενημερωμένη συμφωνία για αποτρίχωση με laser και IPL με έλεγχο τύπου δέρματος, έκθεσης στον ήλιο και φαρμάκων

## Στοιχεία Πελάτη

Όνομα \*

Επώνυμο \*

Διεύθυνση Email \*

Αριθμός Τηλεφώνου \*

Ημερομηνία Γέννησης \*

HH / MM / EEEE

## Λεπτομέρειες Θεραπείας

Περιοχές θεραπείας \*

- ☐ Πρόσωπο / Άνω χείλος / Σαγόني ☐ Μασχάλες  
☐ Bikini / Brazilian ☐ Πόδια  
☐ Άλλο

- ☐ Μπράτσα  
☐ Πλάτη / Στήθος

Πώς αντιδρά το δέρμα σας στον ήλιο; \*

- ☐ Πάντα καίγεται, δεν κάνει ποτέ μαύρισμα (I)  
☐ Συνήθως καίγεται, κάνει ελάχιστο μαύρισμα (II)  
☐ Μερικές φορές καίγεται, κάνει σταδιακό μαύρισμα (III)  
☐ Σπάνια καίγεται, κάνει εύκολα μαύρισμα (IV)  
☐ Πολύ σπάνια καίγεται, κάνει πολύ εύκολα μαύρισμα (V)  
☐ Δεν καίγεται ποτέ, έντονη χρωματική απόχρωση (VI)

Έχετε εκτεθεί στον ήλιο, χρησιμοποιήσει κρεβάτι μαυρίσματος ή αυτοκόλλητο τανάλιθο στην περιοχή τις τελευταίες 2-4 εβδομάδες; \*

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάνει αποτρίχωση με κερί, ιππλώσει, κάνει threading ή χρησιμοποιήσει κρέμα αποτριχώσεως στην περιοχή τις τελευταίες 4 εβδομάδες; \*

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάνει laser ή IPL αποτρίχωση στο παρελθόν; \*

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, υπήρξε κάποια δυσμενής αντίδραση;

## Ιατρικό Ιστορικό

Είστε έγκυος, προσπαθείτε να κάνετε παιδί ή θηλάζετε; \*

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποια από τα παρακάτω;

- ☐ Αυτοάνοσο νόσημα (λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.ά.)
- ☐ Διαταραχή αιμορραγίας ή λήψη αντιπηκτικών
- ☐ Σακχαρώδης διαβήτης
- ☐ Ιστορικό κελοειδούς ή υπερτροφικής ουλής
- ☐ Καρκίνος (τρέχων ή τα τελευταία 5 χρόνια)
- ☐ Ανοσοκατασταλμένος / διαταραχή ανοσοποίησης
- ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Έχετε λάβει ισοτρετινοΐνη (Accutane) τις τελευταίες 6 εβδομάδες; \*

☐ Ναι ☐ Όχι

Λαμβάνετε κάποιο φωτοευαίσθητο φάρμακο (ορισμένα αντιβιοτικά, ρετινοειδή, Hypericum perforatum); \*

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε αφθονιάσεις ή εξάνθηση έρπητα στην περιοχή θεραπείας; \*

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε τατουάζ ή μόνιμο μακιγιάζ στην περιοχή θεραπείας; \*

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε PCOS, ορμονική διαταραχή ή λαμβάνετε ορμονοθεραπεία; \*

☐ Ναι ☐ Όχι

Τρέχοντα φάρμακα και συμπληρώματα

Αλλεργίες (φάρμακα, λάτεξ, λιδοκαΐνη, αναισθητικά)

## Κίνδυνοι & Επιπλοκές

**Δυνητικοί κίνδυνοι και επιπλοκές:**

- Ερύθημα, οίδημα και αίσθημα εγκαύματος για μερικές ώρες έως ημέρες
- Φυσαλίδες ή σχηματισμός κρούστας (σπάνιο)
- Υπερχρωμία ή υποχρωμία — σκουρότερα ή ανοιχτότερα σημάδια, συνήθως προσωρινά αλλά ενδεχομένως διαρκή, πιο πιθανά με μαύρισμα ή σκουρότερους τύπους δέρματος
- Παράδοση αύξηση τριχών — νέες λεπτές τρίχες κοντά στην θεραπευμένη περιοχή, ιδίως στο πρόσωπο και το λαιμό
- Ουλή (σπάνιο)
- Βλάβη των ματιών εάν δεν φοράτε προστατευτικά γυαλιά

Η αποτρίχωση με laser μειώνει τις τρίχες· δεν αποτελεί μόνιμη αποτρίχωση. Ένα πρόγραμμα 6–8 συνεδριών, 4–8 εβδομάδες μεταξύ τους, συν συντήρηση, είναι τυπικό. Αποφύγετε την έκθεση στον ήλιο και χρησιμοποιήστε SPF 30+ στις θεραπευμένες περιοχές 2 εβδομάδες πριν και μετά από κάθε συνεδρία.

Κατανοώ ότι τα αποτελέσματα ποικίλλουν ανάλογα με το χρώμα τριχών, τον τύπο δέρματος και τις ορμόνες, ότι τα γκρίζα, λευκά, κόκκινα ή πολύ λεπτά τριχώματα ανταποκρίνονται κακώς, και ότι απαιτούνται πολλαπλές συνεδρίες και συντήρηση.

Κατανοώ ότι η μείωση τριχών δεν είναι μόνιμη αποτρίχωση: \_\_\_\_\_

Κατανοώ ότι το μαυρισμένο ή ηλιοκαμένο δέρμα αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εγκαύματος και αλλαγής χρώματος και συμφωνώ να αποφύγω την έκθεση στον ήλιο και το αυτοκόλλητο τανάλιθο πριν και μετά τη θεραπεία.

Θα ακολουθήσω τις οδηγίες προστασίας από τον ήλιο: \_\_\_\_\_

**Ημερολόγιο Υπηρεσιών**

Μόνο για χρήση γραφείου

|              | Ημερομηνία | Περιοχή | Συσκευή / Ρευστότητα / Σημείο | Σημειώσεις |
|--------------|------------|---------|-------------------------------|------------|
| Καταχώρηση 1 |            |         |                               |            |
| Καταχώρηση 2 |            |         |                               |            |
| Καταχώρηση 3 |            |         |                               |            |
| Καταχώρηση 4 |            |         |                               |            |
| Καταχώρηση 5 |            |         |                               |            |
| Καταχώρηση 6 |            |         |                               |            |

**Συμφωνία & Υπογραφή**

Συναίνω εθελοντικά στη θεραπεία αποτρίχωσης με laser ή IPL. Έχω ενημερωθεί για τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές και τις δυνητικές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας εγκαύματος και αλλαγής χρώματος. Κατανοώ ότι αυτή είναι μια προαιρετική καλλυντική διαδικασία και δεν υπάρχει εγγύηση αποτελέσματος. Απαλλάσσω τον πάροχο και την πρακτική από ευθύνη που σχετίζεται με αυτή τη θεραπεία εκτός από περιπτώσεις αμέλειας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη δική μου ενημερωμένη συναίνεση.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: \_\_\_\_\_

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία \*

HH / MM / EEEE

### **Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify**

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.