

Lézerrel és IPL hajeltávolítás beleegyezési nyilatkozat

Tájékozott beleegyezés lézeres és IPL hajeltávolítási kezeléshez bőrtípus, napfény-expozíció és gyógyszeres szűrés mellett

Ügyfél adatai

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail cím *

Telefonszám *

Születési dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Kezelés részletei

Kezelés területei *

- | | | |
|---|---------------------------------|--|
| ☐ Arc / Felső ajak / Áll | ☐ Hónalj | ☐ Karok |
| ☐ Bikini / Brazil | ☐ Lábak | ☐ Hát / Mellkas |
| ☐ Egyéb | | |

Hogyan reagál az Ön bőre a napfényre? *

- ☐ Mindig égési sérülést szenved, soha nem barnul (I)
- ☐ Általában égési sérülést szenved, minimálisan barnul (II)
- ☐ Néha égési sérülést szenved, fokozatosan barnul (III)
- ☐ Ritkán szenved égési sérülést, könnyen barnul (IV)
- ☐ Nagyon ritkán szenved égési sérülést, nagyon könnyen barnul (V)
- ☐ Soha nem szenved égési sérülést, mélyen pigmentált (VI)

Volt-e napfény-expozíciója, szoláriumozása vagy önbarnító használata az adott területen az utolsó 2-4 hét során? *

☐ Igen ☐ Nem

Epilált, szőr-húzott, szárazított vagy epilációs krémmel kezelte az adott területet az utolsó 4 hét során? *

☐ Igen ☐ Nem

Korábban már volt lézeres vagy IPL hajeltávolítási kezelése? *

☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, volt-e valamilyen mellékhatása?

Orvosi előzmények

Terhes, szándékozik teherbe esni, vagy szoptat? *

☐ Igen ☐ Nem

Vannak-e az alábbiak közül?

- ☐ Autoimmun betegség (lupusz, RA, MS stb.)
- ☐ Vérzési zavar vagy antikoaguláns szedés
- ☐ Diabetes
- ☐ Keloidképzés vagy hipertrófiás hegesezés előzménye
- ☐ Rák (jelenleg vagy az utolsó 5 évben)
- ☐ Immunszupprimált / immunrendszeri zavar
- ☐ A fentiek közül egyik sem

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

☐ Igen ☐ Nem

Szed-e valamilyen fotoszenzibilizáló gyógyszert (például bizonyos antibiotikumok, retinoidok, Szt. János füve)? *

☐ Igen ☐ Nem

Szájherpe vagy herpes kiújulást tapasztal-e a kezelés területén? *

☐ Igen ☐ Nem

Vannak-e tetoválások vagy tartós smink a kezelés területén? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e PCOS-a, hormonális zavara, vagy szed-e hormonterápiát? *

☐ Igen ☐ Nem

Jelenlegi gyógyszerek és étrend-kiegészítők

Allergiák (gyógyszerek, latex, lidokain, érzéstelenítők)

Kockázatok és szövődmények

Lehetséges kockázatok és szövődmények:

- Vörösség, duzzanat és napégés-szerű érzés néhány órától napokig
- Hólyagképzés vagy krustos képződés (ritka)
- Hiperpigmentáció vagy hipopigmentáció — sötétebb vagy világosabb foltok, általában átmeneti, de néha tartós, főként napbarnított vagy sötétebb bőrtípusoknál valószínűbb
- Paradox szőrnövekedés — új, finom szőrök a kezelt terület közelében, különösen az arc és nyak esetén
- Hegesedés (ritka)
- Szem sérülése ha nem viselnek védőszemüveget

A lézeres hajeltávolítás csökkenti a szőrzetet; ez nem véglegesen eltávolítható. Tipikusan 6–8 kezelési sorozat, 4–8 hetes közökkel, valamint karbantartás szükséges. A kezelés előtt és után 2 hétig kerülje a napfényt, és használjon legalább SPF 30+ szűrőt a kezelt területeken.

Megértem, hogy az eredmények a hajszín, bőrtípus és hormonok függvényében változnak, hogy a szürke, fehér, vörös vagy nagyon finom szőr rosszul reagál, és hogy több kezelésre és karbantartásra van szükség.

Megértem, hogy a szőrredukció nem véglegesen eltávolítható: _____

Megértem, hogy a napbarnított vagy napfénynek kitett bőr nagyban fokozza az égési és pigmentációs változások kockázatát, és egyetértek abban, hogy kezelés előtt és után kerülöm a napfényt és az ön barnítót.

Betartom a napvédelmi utasításokat: _____

Kezelési napló

Csak belső használatra

	Dátum	Terület	Eszköz / Flúencia / Spot	Megjegyzések
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Beleegyezés és aláírás

Önként beleegyezem a lézeres vagy IPL hajeltávolítási kezelésbe. Tájékoztattak az előnyökről, kockázatokról, alternatívákról és lehetséges szövődményekről, beleértve az égési és pigmentációs változások lehetőségét. Megértem, hogy ez egy elektív kozmetikai eljárás, és nincs garancia az eredményre. Felmentést adok a szolgáltatónak és a klinikának a kezeléshez kapcsolódó felelősség alól, kivéve a gondatlanság eseteit.

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

Eolvastam 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.