

Zgoda na usuwanie włosów laserem

Świadoma zgoda na usuwanie włosów laserem i IPL z oceną typu skóry, ekspozycji słonecznej i przesiewem leków

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Obszary zabiegu *

- ☐ Twarz / górna warga / broda ☐ Pachy
☐ Bikini / brazylijski ☐ Nogi
☐ Inne

- ☐ Ramiona
☐ Plecy / klatka piersiowa

Jak twoja skóra reaguje na słońce? *

- ☐ Zawsze się pali, nigdy nie brązowieje (I) ☐ Zwykle się pali, brązowieje minimalnie (II)
☐ Czasami się pali, brązowieje stopniowo (III) ☐ Rzadko się pali, brązowieje łatwo (IV)
☐ Bardzo rzadko się pali, brązowieje bardzo łatwo (V) ☐ Nigdy się nie pali, głęboko pigmentowana (VI)

Czy miałeś ekspozycję słoneczną, wizytę na solarium lub samoopaloną skórę w tym obszarze w ciągu ostatnich 2-4 tygodni? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy usuwałeś włosy woskując, wrywając, nitką lub kremem depilacyjnym w tym obszarze w ciągu ostatnich 4 tygodni? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy miałeś wcześniej usuwanie włosów laserem lub IPL? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, jakieś niekorzystne objawy?

Historia medyczna

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

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz któryś z poniższych warunków?

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

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

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy przyjmujesz jakieś leki fotouczulające (niektóre antybiotyki, retinoidy, Dziurawiec zwyczajny)? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz pęcherzyki zimowe lub wybuchy herpesu w obszarze zabiegu? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz tatuaż lub permanentny makijaż w obszarze zabiegu? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz PCOS, zaburzenie hormonalne lub przyjmujesz terapię hormonalną? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Obecne leki i suplementy

Alergie (leki, lateks, lidokaina, znieczulające)

Ryzyko i powikłania

Potencjalne ryzyko i powikłania:

- Zaczerwienienie, opuchliznę i uczucie jak po oparzeniu słonecznym przez kilka godzin do dni
- Pęcherzowanie lub tworzenie się strupów (rzadkie)
- Hiperpigmentacja lub hipopigmentacja — ciemniejsze lub jaśniejsze plamy, zwykle czasowe, ale czasami trwałe, bardziej prawdopodobne przy opalonej lub ciemnej skórze
- Paradoksalny wzrost włosów — nowe cienkie włosy w pobliżu obszaru poddawanego zabiegom, szczególnie na twarzy i szyi
- Blizny (rzadkie)
- Uszkodzenie oczu jeśli nie nosi się ochronnych okularów

Usuwanie włosów laserem redukuje włosy; nie jest to usuwanie permanentne. Typowy przebieg to 6–8 sesji, w odstępach 4–8 tygodni, plus konserwacja. Unikaj ekspozycji słonecznej i używaj SPF 30+ na obszarach poddawanych zabiegom przez 2 tygodnie przed i po każdej sesji.

Rozumiem, że rezultaty różnią się w zależności od koloru włosów, typu skóry i hormonów, że włosy szare, białe, rude lub bardzo cienkie odpowiadają słabo, i że wymagane są wielokrotne sesje i konserwacja.

Rozumiem, że redukcja włosów nie jest usunięciem permanentnym: _____

Rozumiem, że opalona lub narażona na słońce skóra znacznie zwiększa ryzyko poparzenia i zmian pigmentacji i zgadzam się unikać ekspozycji słonecznej i samoopalacza przed i po zabiegu.

Będę stosować się do instrukcji ochrony przed słońcem: _____

Dziennik usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Urządzenie / Fluencja / Spot	Uwagi
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na usuwanie włosów laserem lub IPL. Został mnie poinformowany o korzyściach, ryzykach, alternatywach i potencjalnych powikłaniach, w tym możliwości poparzenia i zmian pigmentacji. Rozumiem, że jest to fakultatywny zabieg kosmetyczny i nie udzielono żadnej gwarancji wyniku. Zwalniam dostawcę i praktykę z odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i wyrażam 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.