

激光脱毛同意书

激光和IPL脱毛的知情同意书，包括皮肤类型、日晒暴露和用药筛查

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

治疗详情

治疗区域 *

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ 面部/上唇/下巴 | ☐ 腋下 | ☐ 手臂 |
| ☐ 比基尼部位/巴西式 | ☐ 腿部 | ☐ 背部/胸部 |
| ☐ 其他 | | |

您的皮肤对日晒的反应如何？ *

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 总是晒伤，从不晒黑（I型） | ☐ 通常晒伤，晒黑最少（II型） | ☐ 有时晒伤，逐渐晒黑（III型） |
| ☐ 很少晒伤，易晒黑（IV型） | ☐ 极少晒伤，非常容易晒黑（V型） | ☐ 从不晒伤，深度色素沉着（VI型） |

在过去2-4周内，您是否在该区域接受过日晒、使用过晒黑床或自助晒黑产品？ *

- ☐ 是 ☐ 否

在过去4周内，您是否在该区域进行过蜜蜡脱毛、拔毛、线绣或使用过脱毛膏？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您之前是否进行过激光或IPL脱毛？ *

- ☐ 是 ☐ 否

如果是，有任何不良反应吗？

病史

您是否怀孕、计划怀孕或正在哺乳？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您是否有以下任何情况？

- | | |
|---|---|
| ☐ 自身免疫病（狼疮、类风湿关节炎、多发性硬化症等） | ☐ 出血障碍或正在服用血液稀释剂 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ 瘢痕疙瘩或肥厚性瘢痕病史 |
| ☐ 癌症（现在或过去5年内） | ☐ 免疫抑制/免疫紊乱 |
| ☐ 以上都没有 | |

您在过去6个月内是否服用过异维A酸（Accutane）？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否正在服用任何光敏感性药物（某些抗生素、视黄醇、圣约翰草）？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否在治疗区域出现过冷疮或疱疹疫情？ *

☐ 是 ☐ 否

治疗区域内是否有纹身或永久化妆？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否患有多囊卵巢综合征、激素失调或正在接受激素治疗？ *

☐ 是 ☐ 否

当前服用的药物和补充剂

过敏症（药物、乳胶、利多卡因、麻醉剂）

风险与并发症

潜在风险和并发症：

- 发红、肿胀和晒伤样感觉持续数小时至数天
- 起泡或结痂（不常见）
- 色素沉着过度或色素沉着不足——较深或较浅的斑块，通常是暂时的，但偶尔会持久，深肤色或晒黑后更可能发生
- 矛盾性毛发生长——治疗区域附近出现新的细毛，特别是在面部和颈部
- 瘢痕形成（罕见）
- 眼睛损伤如果未佩戴保护性眼镜

激光脱毛可减少毛发；它不是永久脱毛。通常需要6-8个疗程的疗程，间隔4-8周，加上维护治疗。在每次治疗前后2周内，避免日晒并在治疗区域使用SPF 30+防晒霜。

我理解结果因毛发颜色、皮肤类型和激素而异，灰色、白色、红色或非常细的毛发效果不佳，需要多个疗程和维护治疗。

我理解毛发减少不是
永久脱毛：

我理解晒黑或日晒皮肤会大大增加晒伤和色素变化的风险，我同意在治疗前后避免日晒和自助晒黑产品。

我会遵循防晒指示: _____

服务日志
仅供办公室使用

	日期	区域	设备/流量/光点	备注
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意与签名

我自愿同意接受激光或IPL脱毛治疗。我已被告知该治疗的益处、风险、替代方案和潜在并发症，包括晒伤和色素变化的可能性。我理解这是一种选择性美容程序，对治疗结果没有任何保证。除过失情况外，我免除提供者和诊所与该治疗相关的责任。

我确认我已阅读并理解上述信息并给予知情同意。

我已阅读并理解上述信息: _____

签名 _____ 日期 _____

打印姓名 _____

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。