

Souhlas s laserovým vyhladováním kůže

Informovaný souhlas s ablativním a neablativním laserovým vyhladováním kůže včetně frakcionovaného CO2, erbia a uhlíkových peelingů

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Podrobnosti léčby

Typ léčby *

- | | |
|---|--|
| ☐ Frakcionovaný CO2 (ablativní) | ☐ Erbium (ablativní) |
| ☐ Neablativní frakcionovaný (např. 1540/1550 nm) | ☐ Uhlíkový laserový peeling |
| ☐ Jiné | |

Oblasti léčby *

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Celá tvář | ☐ Kolem očí | ☐ Kolem úst |
| ☐ Krk | ☐ Hrudník | ☐ Ruce |
| ☐ Jizvy (specifikujte níže) | | |

Cíle

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Vrásky a jemné linky | ☐ Jizvy po akné | ☐ Poškození sluncem / pigmentace |
| ☐ Textura a pory | ☐ Ochablost kůže | |

Měli jste v minulosti laserové vyhladování, hluboké peelingy nebo dermabrazí? *

- ☐ Yes ☐ No

Pokud ano, kdy a jak se vaše kůže zotavila?

Zdravotní anamnéza

Jste těhotná, snažíte se otěhotnět nebo kojíte? *

- ☐ Yes ☐ No

Máte něco z následujícího?

- | | |
|---|--|
| ☐ Autoimunitní onemocnění (lupus, RA, MS, atd.) | ☐ Porucha krvácení nebo užívání antikoagulancií |
| ☐ Diabetes | ☐ Anamnéza keloidů nebo hypertrofických jizev |
| ☐ Rakovina (aktuálně nebo v posledních 5 letech) | ☐ Imunosuprimovaný / porucha imunity |
| ☐ Nic z výše uvedeného | |

Užívali jste v posledních 6–12 měsících isotretinoin (Accutane)? *

- ☐ Yes ☐ No

Máte anamnézu chladových vředů (herpes simplex)? *

- ☐ Yes ☐ No

Máte aktivní akné, infekci nebo otevřené rány v oblasti? *

- ☐ Yes ☐ No

Měli jste sluneční expozici, spálení nebo samoopalování v posledních 4 týdnech? *

- ☐ Yes ☐ No

Máte melasmu nebo anamnézu změn pigmentace po poranění kůže? *

- ☐ Yes ☐ No

Máte v oblasti vitiligo, psoriázu nebo ekzém? *

- ☐ Yes ☐ No

Měli jste v minulosti radioterapii v dané oblasti? *

- ☐ Yes ☐ No

Současné léky a doplňky stravy

Alergie (léky, latex, lidokain, anestetika)

Rizika a komplikace

Seznamte se prosím se všemi možnými riziky a komplikacemi

Potenciální rizika a komplikace:

- Zčervenání, otoky, zvýšená tvorba séra a strupy po několik dní (ablativní) nebo 1-3 dny (neablativní); zčervenání může přetrvávat týdny
- Bolest nebo pálení během hojení
- Infekce – bakteriální, virová (výtěž chladového vředu) nebo plísňová
- Hyperpigmentace – ztmavnutí, časté u spálené nebo tmavší kůže, obvykle mizí během měsíců
- Hypopigmentace – zesvětlení, které může být trvalé, zejména u hlubokého ablativního ošetření
- Trvalé zčervenání, milia nebo výtěž akné
- Jizvení, včetně strukturovaných nebo ztlustlých jizev (vzácné)
- Poranění očí bez ochranných brýlí
- Linie demarcace mezi léčenou a neléčenou kůží

Striktní vyhýbání se slunci a SPF 30+ po dobu 4 týdnů před a 8 týdnů po je nezbytné. Ablativní vyhladování vyžaduje péči o ránu po dobu 5-10 dní a volno z práce.

Rozumím procesu hojení, že musím přesně dodržovat pokyny pro péči o ránu a ochranu před sluncem a že hojení může trvat déle než popsáno.

Rozumím čas potřebný na hojení a péči o ránu: _____

Rozumím, že dočasné nebo trvalé zesvětlení nebo ztmavnutí kůže, trvalé zčervenání a jizvení jsou možné, zejména s nedávnou expozicí slunci, isotretinoinem nebo anamnézou pigmentace.

Rozumím, že jsou možné změny pigmentace a jizvení: _____

Souhlas k fotografování

Smíme si pořizovat fotografie před a po ošetření pro vaši zdravotnickou dokumentaci? *

- ☐ Ano – pouze pro mou zdravotnickou dokumentaci ☐ Ano – a můžete je použít anonymně pro marketing
- ☐ Ne

Záznam o službě

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Oblast	Zařízení / Energie / Hustota	Poznámky
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s laserovým vyhladováním kůže. Byl jsem informován o přínosech, rizicích, alternativách a potenciálních komplikacích, včetně infekce, změny pigmentace a jizvení. Rozumím, že se jedná o volitelný kosmetický zákrok a nebyla mi dána žádná záruka výsledku. Absolutním poskytovatelem a praktici osvobozuji od odpovědnosti za tuto léčbu s výjimkou případů nedbalosti.

Potvrdzuji, že jsem si přečetl výše uvedené informace a rozumím jim, a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl jsem si výše uvedené informace a rozumím jim: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.