

Lézeres bőrfelszín-simítás beleegyezési nyilatkozata

Tájékozott hozzájárulás ablatív és nem ablatív lézeres bőrfelszín-simításhoz, beleértve a frakciózott CO2, erbium és szénlézeres hámlasztást

Ügyfél adatai

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail cím *

Telefonszám *

Születési dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Kezelés részletei

Kezelés típusa *

- | | |
|---|---|
| ☐ Frakciózott CO2 (ablatív) | ☐ Erbium (ablatív) |
| ☐ Nem ablatív frakciózott (pl. 1540/1550 nm) | ☐ Szénlézeres hámlasztás |
| ☐ Egyéb | |

Kezelés területei *

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Teljes arc | ☐ Szem körül | ☐ Szájkörnyék |
| ☐ Nyak | ☐ Mellkas | ☐ Kezek |
| ☐ Hegek (részletezés alább) | | |

Célok

- | | |
|--|---|
| ☐ Ráncok és finom vonalak | ☐ Akné hegek |
| ☐ Napsugárzásnak kitett terület / pigmentáció | ☐ Textúra és pórusok |
| ☐ Bőrlazaság | |

Volt-e már korábban lézeres bőrfelszín-simítása, mélyhámlasztása vagy dermabráziója? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, mikor és hogyan reagált a bőre?

Orvosi előzmények

Ön terhes, igyekszik teherbe esni, vagy szoptat? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e az alábbiak közül valamelyike?

- | | |
|--|---|
| ☐ Autoimmun betegség (lupus, RA, MS stb.) | ☐ Vérzési zavar vagy véralvadásgátló szedése |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Keloid vagy hipertrófiás heg története |
| ☐ Rák (jelenleg vagy az elmúlt 5 évben) | ☐ Immunszupprimált / immunológiai zavar |
| ☐ A fentiekén kívül egyik sem | |

Szedett-e izotretinoint (Accutane) az elmúlt 6-12 hónapban? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e Ön történetében herpes simplex (herpesz)? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e aktív akné, fertőzés vagy nyitott seb a kezelendő területen? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Volt-e napsugárzásnak kitéve, bronzosított, vagy használt-e önbronzosítót az elmúlt 4 hétben? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e melasmája vagy a bőrsérülést követő pigmentváltozás története? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e vitiligo, pikkelysömör vagy ekcéma a kezelendő területen? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Kapott-e sugárterápiát az adott területre? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Jelenleg szedett gyógyszerek és étrend-kiegészítők

Allergiák (gyógyszerek, latex, lidokain, érzéstelenítők)

Kockázatok és szövődmények

Potenciális kockázatok és szövődmények:

- Vörösség, duzzanat, szivárgás és krustázódás több napig (ablatív) vagy 1-3 napig (nem ablatív); a vörösség hetekig tarthat
- Fájdalom vagy égő érzés a gyógyulás során
- Fertőzés — bakteriális, vírus (herpesz fellángolása) vagy gombás
- Hiperpigmentáció — sötétedés, gyakori bronzosított vagy sötétebb bőrön, általában hónapok alatt elhalványul
- Hipopigmentáció — világosodás, amely állandó lehet, különösen mély ablatív kezelés után
- Tartós vörösség, milium vagy akné fellángolása
- Hegesedés, beleértve a textúrás vagy megvastagodott hegeket (ritka)
- Szem sérülés védőszemüveg nélkül
- Demarcációs vonalak a kezelendő és nem kezelendő bőr között

A szigorú napfénytől való védelem és SPF 30+ szükséges 4 héttel a kezelés előtt és 8 héttel után. Az ablatív lézeres resurfacing sebkezelési rutint igényel 5-10 napig és munkahelyi szabadságot.

Megértem a gyógyulási időt, hogy pontosan követnem kell a sebkezelési és napsugárzás-védelmi utasításokat, és hogy a gyógyulás hosszabb időt vehet igénybe, mint leírták.

Megértettem a gyógyulási folyamatot és a sebkezelést: _____

Megértem, hogy ideiglenes vagy állandó bőrvilágosodás vagy -sötétedés, tartós vörösség és hegesedés lehetséges, különösen a közelmúltbeli napsugárzás, izotretinoin vagy pigmentációs történet esetén.

Megértettem, hogy pigmentváltozás és hegesedés lehetséges: _____

Fotóbeleegyezés

Készíthetünk-e kezelés előtti és utáni fényképeket a kezelési nyilvántartásához? *

- ☐ Igen — kizárólag az orvosi nyilvántartásomhoz
- ☐ Igen — és anonim módon használhatják a marketinghez
- ☐ Nem

Kezelési napló

Csak belső használatra

	Dátum	Terület	Eszköz / Energia / Sűrűség	Megjegyzések
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Beleegyezés és aláírás

Önkéntesen hozzájárulek a lézeres bőrfelszín-simítás kezeléséhez. Tájékoztattak az előnyökről, kockázatokról, alternatívákról és lehetséges szövődményekről, beleértve a fertőzést, pigmentváltozást és hegeseledést. Megértem, hogy ez egy választható kozmetikai eljárás, és nem adtak garanciát az eredményre. Felmentem a szolgáltatót és a praxist a kezeléssel kapcsolatos felelősség alól, kivéve a gondatlanság eseteit.

Megerősítem, hogy elolvastam és megértettem a fenti információkat, és megadom a tájékozott hozzájárulásomat.

Elovestam 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.