

레이저 피부 재표면화 동의서

분할 CO2, 에르븀 및 탄소 레이저 필링을 포함한 절제성 및 비절제성 레이저 재표면화에 대한 informed consent

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

시술 세부사항

시술 유형 *

☐ 분할 CO2 (절제성)

☐ 에르븀 (절제성)

☐ 비절제성 분할 (예: 1540/1550 nm)

☐ 탄소 레이저 필

☐ 기타

시술 부위 *

☐ 전체 얼굴

☐ 눈 주위

☐ 입 주위

☐ 목

☐ 가슴

☐ 손

☐ 흉터 (아래 명시)

목표

☐ 주름과 잔주름

☐ 여드름 흉터

☐ 햇빛 손상 / 색소 침착

☐ 질감과 모공

☐ 피부 이완

이전에 레이저 재표면화, 깊은 필, 또는 사포질 제거를 받으신 적이 있나요? *

☐ 예

☐ 아니오

예인 경우, 언제 어떻게 피부가 반응했나요?

의료 기록

현재 임신 중이거나 임신을 시도 중이거나 모유 수유 중인가요? *

☐ 예

☐ 아니오

다음 중 해당하는 것이 있나요?

- ☐ 자가면역 질환 (루푸스, RA, MS 등) ☐ 출혈 장애 또는 혈액 항응고제 복용 중 ☐ 당뇨병
☐ 켈로이드 또는 비후성 흉터 병력 ☐ 암 (현재 또는 지난 5년 이내) ☐ 면역 억제 / 면역 장애
☐ 위의 항목 없음

지난 6~12개월 내에 이소트레티노인(Accutane)을 복용하셨나요? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

입술 포진(단순포진)의 병력이 있나요? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

해당 부위에 활성 여드름, 감염, 또는 열린 상처가 있나요? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

지난 4주 내에 햇빛 노출, 태닝, 또는 셀프 태너를 사용하셨나요? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

멜라즈마가 있거나 피부 손상 후 색소 변화의 병력이 있나요? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

해당 부위에 백반증, 건선, 또는 습진이 있나요? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

해당 부위에 방사선 치료를 받으셨나요? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

현재 복용 중인 약물 및 보충제

알레르기 (약물, 라텍스, 리도카인, 마취제)

위험 & 합병증

잠재적 위험 및 합병증:

- 발적, 부종, 삼출액, 딱지 (절제성은 며칠, 비절제성은 1~3일); 발적은 수주 지속 가능
- 시술 중 및 치유 중 통증 또는 화끈거림
- 감염 — 세균성, 바이러스성 (포진 재발) 또는 진균성
- 색소 과잉침착 — 어두워짐, 태닝 또는 짙은 피부에서 흔함, 보통 수개월에 걸쳐 퇴색
- 색소 부족침착 — 밝아짐은 영구적일 수 있음, 특히 깊은 절제성 시술
- 지속적인 발적, 림, 또는 여드름 재발
- 흉터, 질감 있는 또는 두꺼운 흉터 포함 (드문)
- 보호 안경 없이 안구 손상
- 경계선 (시술 부위와 미시술 부위 사이)

엄격한 햇빛 차단 및 SPF 30+ 선크림을 시술 4주 전과 8주 후 필수입니다. 절제성 재표면화는 5~10일간 상처 관리 루틴 및 업무 휴가가 필요합니다.

치유 과정을 이해하며, 상처 관리 및 햇빛 보호 지침을 정확히 따라야 하며, 치유에 설명된 것보다 오래 걸릴 수 있음을 이해합니다.

다운타임 및 상처 관리를
이해합니다: _____

일시적 또는 영구적인 피부 변색 또는 어두워짐, 지속적인 발적, 및 흉터가 가능하며, 특히 최근 햇빛 노출, 이소트레티노인, 또는 색소 침착 병력이 있는 경우 더 그러함을 이해합니다.

색소 변화 및 흉터가 가능함을
이해합니다: _____

사진 공개

시술 기록을 위해 시술 전후 사진을 촬영할 수 있나요? *

☐ 예 — 의료 기록용만

☐ 예 — 마케팅용으로 익명으로 사용 가능

☐ 아니요

서비스 로그

사무실 용도만

	날짜	부위	기기 / 에너지 / 밀도	비고
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				
항목 5				
항목 6				

동의 & 서명

저는 레이저 피부 재표면화 시술에 자발적으로 동의합니다. 저는 이점, 위험, 대안, 및 감염, 색소 변화, 흉터를 포함한 잠재적 합병증에 대해 알려받았습니다. 이는 선택적 미용 시술이며 결과에 대한 보장이 없음을 이해합니다. 저는 과실이 없는 한 이 시술과 관련된 책임에서 제공자 및 진료소를 면제합니다.

저는 위의 정보를 읽고 이해했으며 informed consent를 제공합니다.

위의 정보를 읽고
이해했습니다: _____

서명

날짜

이름 인쇄

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공합니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.