

Laserbehandling för hudförnyelse - Samtycke

Informerat samtycke för ablativ och icke-ablativ laserbehandling inklusive fraktionerad CO2, erbium och kolenlaser

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Behandlingsdetaljer

Behandlingstyp *

- | | |
|---|---|
| ☐ Fraktionerad CO2 (ablativ) | ☐ Erbium (ablativ) |
| ☐ Icke-ablativ fraktionerad (t.ex. 1540/1550 nm) | ☐ Kolenlaserskala |
| ☐ Övrigt | |

Behandlingsområden *

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Hela ansiktet | ☐ Runt ögonen | ☐ Runt munnen |
| ☐ Hals | ☐ Bröst | ☐ Händer |
| ☐ Ärr (specificera nedan) | | |

Mål

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| ☐ Rynkor och fina linjer | ☐ Acneärr | ☐ Solskador/pigmentering |
| ☐ Textur och porer | ☐ Hudslakhet | |

Har du undergått laserbehandling, djupa kemiska peelingar eller dermabrasion tidigare? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, när och hur reagerade din hud?

Medicinsk historia

Är du gravid, försöker att bli gravid eller ammar? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du någon av följande?

- ☐ Autoimmun sjukdom (lupus, RA, MS, etc.)
- ☐ Blödningssrubbing eller tar blodförtunnande läkemedel
- ☐ Diabetes
- ☐ Historia av keloider eller hypertrofiska ärr
- ☐ Cancer (nu eller inom de senaste 5 åren)
- ☐ Immunsupprimerad/immunrubbing
- ☐ Inget av ovanstående

Har du tagit isotretinoin (Accutane) under de senaste 6-12 månaderna? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du historia av kalla sår (herpes simplex)? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du aktiv akne, infektion eller öppna sår i området? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du haft solexponering, solarium eller självbrunande under de senaste 4 veckorna? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du melasma eller historia av pigmentförändringar efter hudskador? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du vitiligo, psoriasis eller eksem i området? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du genomgått strålbehandling på området? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Aktuella läkemedel och kosttillskott

Allergier (läkemedel, latex, lidokain, bedövningsmedel)

Risker och komplikationer

Möjliga risker och komplikationer:

- Rodnad, svullnad, vätskeläckage och skorpbildning under flera dagar (ablativ) eller 1-3 dagar (icke-ablativ); rodnad kan bestå i veckor
- Smärta eller brännande känsla under läkning
- Infektion – bakteriell, viral (kallsårsblossar) eller svampalternativ
- Hyperpigmentering – mörkare färgning, vanlig på solbränd eller mörkare hud, brukar försvinna under månader
- Hypopigmentering – ljusare färgning som kan vara permanent, särskilt med djup ablativ behandling
- Långvarig rodnad, milia eller acneblossar
- Ärr, inklusive texturerade eller förtjockade ärr (sällsynt)
- Ögonskada utan skyddande glasögon
- Demarcationlinjer mellan behandlat och obehandlat område

Strikt solundvikelse och SPF 30+ i 4 veckor före och 8 veckor efter är väsentligt. Ablativ behandling kräver sårskötning i 5-10 dagar och arbetsfri tid.

Jag förstår den förväntade läkningsprocessen, att jag måste följa sårskötnings- och solskyddsinstruktionerna exakt, och att läkningen kan ta längre tid än beskrivet.

Jag förstår läkningstiden och sårskötningen: _____

Jag förstår att tillfällig eller permanent hudsljusning eller mörkare färgning, långvarig rodnad och ärr är möjliga, särskilt med nylig solexponering, isotretinoin eller historia av pigmentering.

Jag förstår att pigmentförändring och ärr är möjliga: _____

Fotobeslut

Får vi ta före-och-efter-bilder för din behandlingsjournal? *

- ☐ Ja – endast för min medicinsk journal
- ☐ Ja – och du kan använda dem anonymt för marknadsföring
- ☐ Nej

Behandlingslogg

Endast för kontorsbruk

	Datum	Område	Enhet/Energi/Densitet	Anteckningar
Inmatning 1				
Inmatning 2				
Inmatning 3				
Inmatning 4				
Inmatning 5				
Inmatning 6				

Samtycke och underskrift

Jag samtycker frivilligt till laserbehandling för hudförnyelse. Jag har informerats om fördelarna, riskerna, alternativa behandlingar och möjliga komplikationer, inklusive infektion, pigmentförändring och ärr. Jag förstår att detta är en frivillig kosmetisk procedur och ingen garanti för resultat har gjorts. Jag frågar leverantören och praktiken från ansvar relaterat till denna behandling förutom i fall av vållande.

Jag bekräftar att jag har läst och förstått ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår ovanstående information: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahölls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.