

Згода на лазерну терапію

Інформована згода на процедури видалення волосся лазером, IPL та лазерного оновлення шкіри

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

DD / MM / YYYY

Деталі лікування

Тип лазерної терапії *

- ☐ Видалення волосся лазером
- ☐ IPL фотолікування
- ☐ Лазерне оновлення шкіри (фракційний CO2, ербій)
- ☐ Видалення татуювання лазером
- ☐ Судинний лазер (павутинні вени, почервоніння)
- ☐ Пігментний лазер (сонячні плями, меланодермія)

Зони лікування *

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ Обличчя | ☐ Шия | ☐ Груді |
| ☐ Руки | ☐ Пахви | ☐ Спина |
| ☐ Живіт | ☐ Зона бікіні | ☐ Ноги повністю |
| ☐ Гомілки | ☐ Руки | |

Номер сеансу

Медичний скринінг

Ви в даний час вагітні або годуєте грудьми? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи були ви піддані сонячному випромінюванню, автозасмаганням або соляріям протягом останніх 2-4 тижнів? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи приймаєте ви світлочутливі препарати (антибіотики, ретиноїди, Аккутан)? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи є у вас активні шкірні інфекції, відкриті рани або герпес на ділянці лікування? *

☐ Так ☐ Ні

Чи є у вас будь-яке з наведеного нижче?

- | | |
|--|---|
| ☐ Вітиліго | ☐ Меланодермія |
| ☐ Анамнез келоїдних рубців | ☐ Судоми, спровоковані світлом |
| ☐ Кардіостимулятор або імплантований пристрій | ☐ Нічого з перераховуваного |

Тип шкіри Фіцпатрика *

- | | |
|--|--|
| ☐ I тип — завжди горить, ніколи не засмагає | ☐ II тип — зазвичай горить, мінімально засмагає |
| ☐ III тип — іноді горить, рівномірно засмагає | ☐ IV тип — мінімально горить, легко засмагає |
| ☐ V тип — рідко горить, темно засмагає | ☐ VI тип — ніколи не горить, глибоко пігментована |

Ризики та післяопераційна допомога

Потенційні ризики:

- Почервоніння, набряк і тепло (часто, зникає протягом годин-днів)
- Пухирці або кірки (рідко)
- Надмірна пігментація або недостатня пігментація (більш вірогідна при темніших тонах шкіри)
- Опіки або рубці (рідко)
- Парадоксальне зростання волосся (рідко при видаленні волосся)
- Травма ока, якщо не носити захисні окуляри
- Реактивація простого герпесу (герпес)

Післяопераційна допомога:

- За потребою наносьте холодні компреси та гель алое вери
- Уникайте сонячного випромінювання та щодня наносьте SPF 30+ принаймні протягом 4 тижнів
- Не чісайте і не торкайтеся оброблюваної шкіри
- Уникайте гарячого душу, сауни та фізичних вправ протягом 24-48 годин
- Не використовуйте воск, пінцет чи кремів для депіляції між сеансами (гоління дозволяється)

Мене проінформовано про потенційні ризики лазерної терапії, і я погоджуюся дотримуватися всіх інструкцій з послідувочої допомоги.

Я розумію ризики та вимоги до послідувочої допомоги: _____

Журнал послуг

Pouze pro interní potřebu

	Дата	Зона	Довжина хвилі	Енергійна щільність / Налаштування
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я даю згоду на лазерну терапію, описану вище. Мене проінформовано про ризики, переваги та альтернативи. Я розкрив всю відповідну інформацію про здоров'я та погоджуюся дотримуватися інструкцій з послідувочої допомоги. Я звільняю постачальника від відповідальності.

Я підтверджую, що прочитав та розумію вищенаведену інформацію та даю інформовану згоду.

Я прочитав та розумію вищенаведену інформацію: _____

Підпис

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Дата *

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.