

Лазерна терапія - Згода

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 *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Деталі лікування

Тип лазерної терапії *

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

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, автозасмагання або солярію 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 | ☐ Мелана |
| ☐ Анамнез келоїдних рубців | ☐ Судоми, спровоковані світлом |
| ☐ Кардіостимулятор або імплантований пристрій | ☐ Нічого з перерахованого |

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 післялікувальна допомога

Потенційні ризики:

- Почервоніння, набряк і тепло (часто, зникну 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)

Післялікувальна допомога:

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

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

Я розумію ризики та вимоги до післялікувальної допомоги: _____

Журнал послуг

Csak belső használatra

	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 післялікувальної 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

Dátum

Nyomtatott név

Дата *

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.