

Zgoda na Leczenie Laserem

Świadoma zgoda na zabiegi usuwania włosów laserem, IPL i resurfacingu skóry laserem

Informacje Klienta

Imię *

Nazwisko *

Adres Email *

Numer Telefonu *

Data Urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły Zabiegu

Typ Zabiegu Laserowego *

- ☐ Usuwanie Włosów Laserem
- ☐ IPL Photofacial
- ☐ Restrukturyzacja Skóry Laserem (Ułamkowy CO2, Erbium)
- ☐ Usuwanie Tatuażu Laserem
- ☐ Laser Naczyniowy (Pajęczki, Zaczzerwienienie)
- ☐ Laser do Pigmentacji (Plamy Słoneczne, Melazma)

Obszary Leczenia *

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| ☐ Twarz | ☐ Szyja | ☐ Klatka Piersiowa |
| ☐ Ramiona | ☐ Podpachy | ☐ Plecy |
| ☐ Brzuch | ☐ Obszar Bikini | ☐ Pełne Nogi |
| ☐ Golenie | ☐ Dłonie | |

Numer Sesji

Badanie Zdrowotne

Czy jesteś w ciąży lub karmisz? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy miałeś ekspozycję słoneczną, samoopalacz lub łóżko opalające w ostatnich 2-4 tygodniach? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy bierzesz jakiegokolwiek leki fotouczulające (antybiotyki, retinoidy, Accutane)? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz jakiegokolwiek aktywne infekcje skóry, otwarte rany lub opuszcze na obszarze leczenia? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz jakiegokolwiek z poniższych?

- ☐ Bielactwo
 ☐ Melazma
☐ Historia powstawania bliznów keloidu
 ☐ Padaczka spowodowana światłem
☐ Rozrusznik serca lub wbudowane urządzenie
 ☐ Nic z powyższego

Typ Skóry Fitzpatricka *

- ☐ Typ I — Zawsze się opala, nigdy się nie opaliwi
☐ Typ II — Zwykle się opala, opala się minimalnie
☐ Typ III — Czasami się opala, opala się równomiernie
☐ Typ IV — Minimalne opalenie, łatwo się opala
☐ Typ V — Rzadko się opala, opala się ciemno
☐ Typ VI — Nigdy się nie opala, głębokie pigmentowanie

Ryzyka i Pielęgnacja

Potencjalne Ryzyka:

- Zaczerwienienie, opuchlizna i ciepło (częste, mijają w ciągu godzin do dni)
- Pęcherze lub skorupa (niecodzienne)
- Hiperpigmentacja lub hipopigmentacja (bardziej prawdopodobne u osób o ciemniejszej skórze)
- Oparzenia lub blizny (rzadkie)
- Paradoksalny wzrost włosów (rzadkie przy usuwaniu włosów)
- Uszkodzenie oczu, jeśli nie nosi się ochronnych okularów
- Reaktywacja opryszczki zwykłej (opuszcze)

Pielęgnacja:

- W razie potrzeby stosuj zimne okłady i aloe vera
- Unikaj ekspozycji słonecznej i codziennie stosuj SPF 30+ przez co najmniej 4 tygodnie
- Nie drażń i nie drap leczonej skóry
- Unikaj gorących pryszniców, saun i ćwiczeń przez 24-48 godzin
- Nie golij woskiem, nie wrywaj pęsetą i nie używaj depilatorów między sesjami (golenie jest dozwolone)

Zostałem poinformowany o potencjalnych ryzykach zabiegu laserowego i zgadzam się przestrzegać wszystkich instrukcji pielęgnacji.

Rozumiem ryzyka i wymogi pielęgnacji: _____

Dziennik Usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Długość Fali	Fluencja / Ustawienia
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				

	Data	Obszar	Długość Fali	Fluencja / Ustawienia
Wpis 6				

Zgoda i Podpis

Wyrażam zgodę na zabieg laserowy opisany powyżej. Zostałem poinformowany o ryzykach, korzyściach i alternatywach. Ujawniłem wszystkie istotne informacje dotyczące zdrowia i zgadzam się przestrzegać instrukcji pielęgnacji. Zwalniam dostawcę z odpowiedzialności.

Potwierdzam, że przeczytałem i rozumiem powyższe informacje oraz daję świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.