

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 *

ÅÅÅÅ / MM / DD

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 | ☐ Грудь |
| ☐ Руки | ☐ Пахви | ☐ Спина |
| ☐ Живіт | ☐ Зона біккіні | ☐ Ноги повністю |
| ☐ Гомілки | ☐ Руки | |

Номер сеансу

Медичний скринінг

Ви в даний час вагітні або годуєте грудьми? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи були ви піддані сонячному випромінюванню, автозасмазі або солярієм 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 перерахованого |

Тип шкіри Фіцпатрика *

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

Ризики та послідовна 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)

Послідовна допомога:

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

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

Endast för kontorsbruk

	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/розкрила всю відповідну інформацію про здоров'я та погоджуюся дотримуватися інструкцій з послідуочної допомоги. Я звільняю постачальника від відповідальності.

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

Я прочитав/прочитала та розумію вищенаведену інформацію: _____

Підпис

Datum

Namn i tryckbokstäver

Дата *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahålls 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.