

激光治疗同意书

激光脱毛、IPL和激光皮肤翻新治疗的知情同意

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮箱 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

治疗详情

激光治疗类型 *

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ 激光脱毛 | ☐ IPL光子嫩肤 |
| ☐ 激光皮肤翻新（分段式CO2、铒激光） | ☐ 激光纹身去除 |
| ☐ 血管激光（蜘蛛纹、泛红） | ☐ 色素激光（晒斑、黄褐斑） |

治疗区域 *

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 面部 | ☐ 颈部 | ☐ 胸部 |
| ☐ 手臂 | ☐ 腋下 | ☐ 背部 |
| ☐ 腹部 | ☐ 比基尼区域 | ☐ 全腿 |
| ☐ 小腿 | ☐ 手部 | |

疗程编号

健康筛查

您目前是否怀孕或哺乳？ *

☐ 是 ☐ 否

过去2-4周内是否有日晒、自助晒黑或日光浴？ *

☐ 是 ☐ 否

是否服用光敏性药物（抗生素、视黄醇类、异维A酸）？ *

☐ 是 ☐ 否

治疗区域是否有活跃皮肤感染、开放性伤口或疱疹？ *

☐ 是 ☐ 否

是否有以下任何情况？

- ☐ 白癜风
 ☐ 黄褐斑
 ☐ 瘢痕体质史
☐ 光源诱发癫痫
 ☐ 心脏起搏器或植入设备
 ☐ 以上均无

Fitzpatrick皮肤类型 *

- ☐ I型——总是晒红，从不晒黑
 ☐ II型——通常晒红，轻微晒黑
 ☐ III型——有时晒红，均匀晒黑
☐ IV型——很少晒红，容易晒黑
 ☐ V型——极少晒红，深度晒黑
 ☐ VI型——从不晒红，深度色素沉着

风险与术后护理

潜在风险：

- 泛红、肿胀和热感（常见，数小时至数天内消退）
- 水泡或结痂（不常见）
- 过度色素沉着或色素减少（深肤色人群风险更大）
- 烧伤或瘢痕（罕见）
- 悖论性毛发生长（脱毛时罕见）
- 如果未佩戴护眼镜可能眼部受伤
- 单纯疱疹病毒复发（冷疮）

术后护理：

- 根据需要涂抹冷敷和芦荟凝胶
- 避免日晒，至少4周内每天涂抹SPF 30+防晒霜
- 不要抓挠或触摸处理过的皮肤
- 24-48小时内避免热水澡、桑拿和运动
- 疗程间隔期间不要使用蜡脱毛、拔毛或脱毛膏（刮剃可以）

我已被告知激光治疗的潜在风险，并同意遵循所有术后护理说明。

我了解风险和术后

护理要求：

服务记录

仅供办公室使用

	日期	区域	波长	能量密度/设置
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意与签名

我同意进行上述激光治疗。我已被告知风险、益处和替代方案。我已披露所有相关健康信息，并同意遵循术后护理说明。我免除提供商的责任。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上
述信息： _____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。