

# Συνολική Αξιολόγηση Ασθενή

Πλήρες έντυπο εισαγωγής ασθενή με δημογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό, φάρμακα και αλλεργίες για ασθενείς ιατρικών spa

## Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα \*

Επώνυμο \*

Διεύθυνση Email \*

Αριθμός Τηλεφώνου \*

Ημερομηνία Γέννησης \*

HH / MM / EEEE

## Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο \*

☐ Γυναίκα

☐ Άνδρας

☐ Μη Δυαδικό

☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

Διεύθυνση \*

Πόλη \*

Περιοχή \*

Ταχυδρομικός Κώδικας \*

Όνομα Επαφής Έκτακτης Ανάγκης \*

Τηλέφωνο Επαφής Έκτακτης Ανάγκης \*

## Ιατρικό Ιστορικό

Έχετε ή είχατε κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις;

- ☐ Αυτοάνοση διαταραχή (Λύκος, Ρευματοειδής Αρθρίτιδα κλπ.)
- ☐ Διαταραχή αιμορραγίας ή πήξης
- ☐ Διαβήτης (Τύπος 1 ή Τύπος 2)
- ☐ Καρδιακή νόσος ή καρδιακή κατάσταση
- ☐ Υψηλή αρτηριακή πίεση
- ☐ Διαταραχή του θυρεοειδούς αδένος
- ☐ Διαταραχή κρίσεων / Επιληψία
- ☐ Ηπατίτιδα Β ή C
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Καρκίνος (τρέχων ή στο παρελθόν)
- ☐ Τάση σχηματισμού κηλοειδών ουλών
- ☐ Δερματική κατάσταση (Έκζεμα, Ψωρίαση, Ροδόχρους)
- ☐ Κρυολάβιδα / Herpes simplex
- ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Εάν απαντήσατε ναι σε κάποια από τα παραπάνω, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες

Είστε τώρα έγκυος ή θηλάζετε; \*

- ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η

Έχετε λάβει κάποια από τις ακόλουθες θεραπείες τους τελευταίους 12 μήνες;

- ☐ Ένεση Botox / Νευροτοξίνης ☐ Δερμικά υλικά γεμίσματος ☐ Χημικό απολέπιση
- ☐ Θεραπεία με λέιζερ ☐ Θεραπεία μικρό-βελών ☐ Χειρουργεία προσώπου
- ☐ Κανένα από τα παραπάνω

## Τρέχοντα Φάρμακα και Αλλεργίες

Απαριθμήστε όλα τα τρέχοντα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων συμπληρωμάτων και βιταμινών)

Παίρνετε σήμερα αραιωτικά αίματος (Ασπιρίνη, Ουαρφαρίνη, Ιβουπροφένη κλπ.); \*

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε πάρει Accutane (Ισοτρετινοΐνη) τους τελευταίους 6 μήνες; \*

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Απαριθμήστε όλες τις γνωστές αλλεργίες (φάρμακα, λάτεξ, τρόφιμα κλπ.) \*

Έχετε ποτέ αλλεργική αντίδραση στην τοπική αναισθησία (π.χ. Λιδοκαΐνη); \*

☐ Ναι ☐ Όχι

## Τρέχουσα Φροντίδα Δέρματος

Πώς θα περιγράφατε τον τύπο του δέρματός σας; \*

☐ Ξηρό ☐ Λιπαρό ☐ Μεικτό  
☐ Ευαίσθητο ☐ Κανονικό

Απαριθμήστε τα τρέχοντα προϊόντα φροντίδας δέρματος

Ποιοι είναι οι κύριοι στόχοι της θεραπείας σας; \*

## Συγκατάθεση και Υπογραφή

Πιστοποιώ ότι οι πληροφορίες που δίνονται παραπάνω είναι ακριβείς και πλήρεις σύμφωνα με τις καλύτερες γνώσεις μου. Κατανοώ ότι η απόκρυψη ή η παροχή ανακριβών πληροφοριών μπορεί να επηρεάσει το σχέδιο θεραπείας και τα αποτελέσματά μου. Συμφωνώ να ενημερώσω την κλινική για οποιεσδήποτε αλλαγές στην κατάσταση της υγείας ή των φαρμάκων μου.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει τις πληροφορίες παραπάνω και δίνω τη συγκατάθεσή μου με ενημέρωση.

Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις πληροφορίες παραπάνω: \_\_\_\_\_

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία \*

HH / MM / EEEE

### **Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify**

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.