

Átfogó betegfelmérés

Teljes betegfelvételi forma demográfiai adatokkal, orvosi előzményekkel, gyógyszerekkel és allergiákkal az orvosi fürdőkben kezelt betegek számára

Ügyfél adatai

*Családnév

*Keresztnév

*Telefonszám

*E-mail cím

*Születési dátum

DD / MM / YYYY

Demográfiai adatok

Nem bináris ☐

Férfi ☐

*Nem

Nő ☐

Nem szeretném megnevezni ☐

*Cím

*Megye

*Város

*Írányítószám

*Sürgősségi kapcsolattartó telefonszáma

*Sürgősségi kapcsolattartó neve

Orvosi előzmények

Van vagy volt-e valamely alábbi állapota?

Vérzési vagy véralvadási zavar ☐

Autoimmun betegség (lupusz, reumatoid artritisz stb.) ☐

Szívbetegség vagy szívállapot ☐

Diabetes (1. vagy 2. típus) ☐

Pajzsmirigyzavar ☐

Magas vérnyomás ☐

B vagy C hepatitisz ☐

Rohamzavar / Epilepszia ☐

Rák (jelenleg vagy korábban) ☐

HIV / AIDS ☐

Bőrbetegség (ekcéma, psoriasis, rózácea) ☐

Keloid hegképződési hajlam ☐

Fentiek közül egyik sem ☐

Hideg seb / Herpes simplex ☐

Ha igen a fentiek közül bármelyikre, kérjük adjon részleteket

*Jelenleg terhes vagy szoptat?

Nem vagyok biztos ☐

Nem ☐

Igen ☐

Kapta-e az alábbi kezelések bármelyikét az elmúlt 12 hónapban?

Kémiai peeling ☐

Dermális kitöltőanyagok ☐

Botox / neurotoxin injekció ☐

Arcplasztikai műtét ☐

Mikrotűzés ☐

Lézer kezelés ☐

Fentiek közül egyik sem ☐

Jelenlegi gyógyszerek és allergiák

Sorolja fel az összes jelenlegi gyógyszert (szupplementumok és vitaminok beleértve)

*Szed-e jelenleg vérhígító gyógyszert (aszpirin, warfarin, ibuprofén stb.)?

Nem ☐

Igen ☐

*Szedett-e Accutane-t (izotretinoint) az elmúlt 6 hónapban?

Nem ☐

Igen ☐

*Sorolja fel az összes ismert allergiát (gyógyszerek, latex, élelmiszerek stb.)

*Volt-e már allergiás reakciója a helyi érzéstelenítésre (pl. lidokain)?

Nem ☐

Igen ☐

Jelenlegi bőrápolás

*Hogyan írná le a bőrtípusát?

Kombinált ☐

Zsíros ☐

Száraz ☐

Normál ☐

Érzékeny ☐

Sorolja fel a jelenlegi bőrápolási termékeit

*Melyek az Ön fő kezelési céljai?

Hozzájárulás és aláírás

Igazolom, hogy a fent közölt információk pontosak és teljesek legjobb tudásom szerint. Megértem, hogy az információ elhallgatása vagy helytelen megadása befolyásolhatja a kezelési tervem és az eredményt. Hozzájárulok a klinikát tájékoztatni az egészségállapotom vagy gyógyszereim bármilyen változásáról.

Megerősítem, hogy elolvastam és megértettem a fenti információkat, és megadok tájékoztatott beleegyezésem.

Eolvastam és megértettem a fenti információkat: _____

Aláírás

כִּירָאָת

שם ספדה

*Dátum

DD / MM / YYYY

Consentify ידי לע מניחב קפוס הז ספוט

Consentify נוסחאו תודגנתה ילגד, מייטמוטוא PDF יצבק סע — QR דוק ררד סהלש נופלטב סימתוח ריתוחוקלש תילטיגיד המכסהל הז ומכ מיספט תכפוא Consentify. <https://getconsentify.com> ב הנימז מניח תינכות. נפצומ

גהונה יפלו טפיש מוחת יפל תונתשמ תושירדה; שומישה ינפל קלשמ יטפשמ עעוי וא השרומ עוצקמ שיא סע קודב. דבלב תינבת