

Комплексная оценка пациента

Полная форма приема пациентов с демографическими данными, медицинской историей, лекарствами и аллергияй для пациентов медицинских спа-салонов

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Демографические данные

Пол *

☐ Женский

☐ Мужской

☐ Небинарный

☐ Предпочитаю не указывать

Адрес *

Город *

Регион *

Почтовый индекс *

Имя экстренного контакта *

Телефон экстренного контакта *

Медицинская история

У вас есть или были ли у вас какие-либо из следующих состояний?

- ☐ Аутоиммунное заболевание (волчанка, ревматоидный артрит и т.д.)
- ☐ Нарушение кровотечения или свертывания
- ☐ Диабет (тип 1 или тип 2)
- ☐ Болезнь сердца или сердечное заболевание
- ☐ Высокое кровяное давление
- ☐ Нарушение функции щитовидной железы
- ☐ Судорожное расстройство / Эпилепсия
- ☐ Гепатит В или С
- ☐ ВИЧ / СПИД
- ☐ Рак (текущий или в анамнезе)
- ☐ Тенденция к образованию келоидных рубцов
- ☐ Кожное заболевание (экзема, псориаз, розацеа)
- ☐ Герпес на губах / Простой герпес
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

Если вы ответили да на любое из вышеперечисленных условий, пожалуйста, предоставьте подробности

Вы в настоящее время беременны или кормите грудью? *

- ☐ Да ☐ Нет ☐ Не уверен(а)

Проходили ли вы какие-либо из следующих процедур в течение последних 12 месяцев?

- | | |
|--|---|
| ☐ Инъекции ботокса / нейротоксина | ☐ Дермальные филлеры |
| ☐ Химический пилинг | ☐ Лазерное лечение |
| ☐ Микронидлинг | ☐ Пластическая хирургия лица |
| ☐ Ничего из вышеперечисленного | |

Текущие лекарства и аллергии

Перечислите все текущие лекарства (включая добавки и витамины)

Вы в настоящее время принимаете антикоагулянты (аспирин, варфарин, ибупрофен и т.д.)? *

- ☐ Да ☐ Нет

Вы принимали аккутан (изотретиноин) в течение последних 6 месяцев? *

- ☐ Да ☐ Нет

Перечислите все известные аллергии (лекарства, латекс, продукты питания и т.д.) *

У вас когда-либо была аллергическая реакция на местный анестетик (например, лидокаин)? *

☐ Да ☐ Нет

Текущий уход за кожей

Как бы вы описали ваш тип кожи? *

☐ Сухая ☐ Жирная ☐ Комбинированная
☐ Чувствительная ☐ Нормальная

Перечислите ваши текущие средства по уходу за кожей

Какие у вас основные цели лечения? *

Согласие и подпись

Я подтверждаю, что предоставленная выше информация является точной и полной в соответствии с моими лучшими знаниями. Я понимаю, что скрытие или предоставление неточной информации может повлиять на мой план лечения и результаты. Я согласен(а) уведомлять клинику об изменениях в состоянии здоровья или лекарствах.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понимаю вышеуказанную информацию и даю свое информированное согласие.

Я прочитал(а) и понимаю вышеуказанную информацию: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.