

Omfattande patientinmatningsformulär

Fullständig patientinmatningsformulär med demografisk information, medicinsk historia, mediciner och allergier för patienter på medicinska spa

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Demografisk information

Kön *

☐ Kvinna

☐ Man

☐ Icke-binär

☐ Föredrar att inte säga

Gatuadress *

Stad *

Län *

Postnummer *

Namn på kontakt för nödsituationer *

Telefonnummer till nödkontakt *

Medicinsk historia

Lider du av eller har du någonsin haft någon av följande tillstånd?

☐ Autoimmun sjukdom (lupus, reumatoid artrit, etc.)

☐ Blödnings- eller koagulationsstörning

☐ Diabetes (typ 1 eller typ 2)

☐ Hjärtsjukdom eller hjärtpåverkan

☐ Högt blodtryck

☐ Sköldkörtelstörning

☐ Krampstopp / Epilepsi

☐ Hepatit B eller C

☐ HIV / AIDS

☐ Cancer (nuvarande eller tidigare)

☐ Benägenhet för keloidsärbildning

☐ Hudproblem (eksem, psoriasis, rosacea)

☐ Feber på läppen / Herpes simplex

☐ Inget av ovanstående

Om ja på något av ovanstående, vänligen ge detaljer

Är du för närvarande gravid eller ammar? *

☐ Ja ☐ Nej ☐ Osäker

Har du genomgått någon av följande behandlingar under de senaste 12 månaderna?

☐ Botox / Neurotoxin-injektioner ☐ Dermala fyllningsmedel ☐ Kemisk peeling
☐ Laserbehandling ☐ Microneedling ☐ Ansiktskirurgi
☐ Inget av ovanstående

Aktuella mediciner och allergier

Ange alla aktuella mediciner (inklusive kosttillskott och vitaminer)

Tar du för närvarande blodförtunnande medel (aspirin, warfarin, ibuprofen, etc.)? *

☐ Ja ☐ Nej

Har du tagit Accutane (isotretinoin) under de senaste 6 månaderna? *

☐ Ja ☐ Nej

Ange alla kända allergier (mediciner, latex, mat, etc.) *

Har du någonsin haft en allergisk reaktion på lokalbedövning (t.ex. lidokain)? *

☐ Ja ☐ Nej

Aktuell hudvård

Hur skulle du beskriva din hudtyp? *

☐ Torr ☐ Fet ☐ Kombinerad
☐ Känslig ☐ Normal

Ange dina aktuella hudvårdsprodukter

Vilka är dina primära behandlingsmål? *

Samtycke och underskrift

Jag intygar att informationen som lämnats ovan är korrekt och fullständig efter bästa förmåga. Jag förstår att döljande eller felaktig information kan påverka min behandlingsplan och resultat. Jag godkänner att underrätta kliniken om någon förändring i mitt hälsotillstånd eller mediciner.

Jag bekräftar att jag har läst och förstår ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår ovanstående information: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

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.