

Комплексна оцінка пацієнта

Повна форма приймання пацієнтів з демографічними даними, історією захворювань, медикаментами та алергіями для пацієнтів медичних спа

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Демографічні дані

Стать *

☐ Жіноча

☐ Чоловіча

☐ Небінарна

☐ Краще не вказувати

Адреса *

Місто *

Область *

Поштовий індекс *

Ім'я контакту на випадок надзвичайної ситуації *

Телефон контакту на випадок надзвичайної ситуації *

Історія захворювань

Чи мали ви або маєте у себе яку-небудь з наступних умов?

- ☐ Автоімунне захворювання (Вовча хвороба, ревматоїдний артрит та ін.)
- ☐ Порушення кровотечі або згортання
- ☐ Діабет (тип 1 або тип 2)
- ☐ Серцеве захворювання або серцева патологія
- ☐ Високий артеріальний тиск
- ☐ Захворювання щитоподібної залози
- ☐ Судомна хвороба / Епілепсія
- ☐ Гепатит В або С
- ☐ ВІЛ / СНІД
- ☐ Рак (поточний або в анамнезі)
- ☐ Схильність до келоїдних рубців
- ☐ Шкірне захворювання (Екзема, Псоріаз, Розацеа)
- ☐ Герпес губ / Простий герпес
- ☐ Жодна з вищезазначених

Якщо ви відповіли «так» на яку-небудь з вищезазначених умов, надайте деталі

Ви зараз вагітні або годуєте грудьми? *

- ☐ Так ☐ Ні ☐ Не впевнений(а)

Чи проходили ви якусь з наступних процедур протягом останніх 12 місяців?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Ін'єкції ботоксу / нейротоксину | ☐ Дермальні наповнювачі | ☐ Хімічний пілінг |
| ☐ Лазерне лікування | ☐ Мікроіголки | ☐ Пластична хірургія обличчя |
| ☐ Жодна з вищезазначених | | |

Поточні медикаменти та алергії

Перерахуйте усі поточні медикаменти (включаючи добавки та вітаміни)

Ви зараз приймаєте розріджувачі крові (аспірин, варфарин, ібупрофен тощо)? *

- ☐ Так ☐ Ні

Ви приймали Аккутан (ізотретинон) протягом останніх 6 місяців? *

- ☐ Так ☐ Ні

Перерахуйте усі відомі алергії (медикаменти, латекс, продукти харчування тощо) *

Чи мали ви коли-небудь алергічну реакцію на місцевий анестетик (напр., ліокаїн)? *

☐ Так ☐ Ні

Поточний догляд за шкірою

Як ви описали б ваш тип шкіри? *

☐ Суха ☐ Жирна ☐ Комбінована
☐ Чутлива ☐ Нормальна

Перерахуйте свої поточні засоби для догляду за шкірою

Які ваші основні цілі лікування? *

Згода та підпис

Я засвідчую, що вищезазначена інформація є точною і повною в межах моїх найкращих знань. Я розумію, що приховування або надання неточної інформації може вплинути на мій план лікування та результати. Я погоджуюся повідомити клініці про будь-які зміни в моєму стані здоров'я або медикаментах.

Я підтверджую, що я прочитав(ла) та розумію вищезазначену інформацію і даю свою інформовану згоду.

Я прочитав(ла) та розумію вищезазначену інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем.

Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.