

Souhlas s mikroneedlingem

Informovaný souhlas s ošetřením mikroneedlingem (terapie stimulující tvorbu kolagenu)

Client Information

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Treatment Details

Zařízení pro mikroneedling *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8 (RF mikroneedling)

☐ Vivace

☐ Jiné

Oblasti léčby *

☐ Celá tvář

☐ Krk

☐ Dekolt

☐ Ruce

☐ Rozštěpy

☐ Jizvy po akné (specifická oblast)

Doplňkové séra (pokud je to relevantní)

☐ PRP (bohatá na destičky plazma)

☐ Sérum kyseliny hyaluronové

☐ Sérum růstového faktoru

☐ Sérum vitamínu C

☐ Žádné

Health Screening

Máte v současné době aktivní akné, zhoršení růžovky nebo kožní infekci v oblasti léčby? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte poruchu krvácení nebo užíváte léky na ředění krve? *

☐ Ano ☐ Ne

Máte v anamnéze keloid nebo hypertrofické jizvy? *

☐ Ano ☐ Ne

Jste v současné době těhotná nebo kojící? *

☐ Ano ☐ Ne

Měli jste v posledních 2 týdnech některou z následujících léčeb?

☐ Chemický peeling

☐ Laserová léčba

☐ Depilace voskem

☐ Spálení sluncem

☐ Žádná z výše uvedených

Risks & Aftercare

Co očekávat:

- Zčervenání a mírný otok podobný spálení sluncem po dobu 24-72 hodin
- Lehké tečkovité krvácení během léčby (normální)
- Kůže se může cítit napjatá, teplá a citlivá
- Mírné olupování nebo loupání po dobu 3-5 dní

Potenciální rizika:

- Dlouhodobé zčervenání nebo otok
- Modřiny
- Infekce (pokud se nedodrží péče po léčbě)
- Postinflamační hyperpigmentace
- Tvorba jizev (vzácné)
- Alergická reakce na lokální séra
- Vyrážka nebo milia

Péče po léčbě:

- Vyhněte se přímému slunečnímu záření a používejte SPF 30+ nejméně 2 týdny
- Bez make-up 24 hodin
- Bez aktivní péče o kůži (retinoidy, kyseliny AHA, vitamín C) po dobu 72 hodin
- Udržujte kůži čistou a hydratovanou
- Nekřabejte ani nedotýkejte se ošetřované kůže
- Vyhněte se plavání, saunám a intenzivnímu cvičení po dobu 48 hodin

Uznávám potenciální rizika mikroneedlingu a souhlasím s dodržováním všech poskytnutých pokynů pro péči po léčbě.

Rozumím rizikům a požadavkům na péči po léčbě: _____

Service Log

Pouze pro interní potřebu

Záznam služby

	Datum	Oblast	Hloubka (mm)	Průchody
Položka 1				
Položka 2				
Položka 3				
Položka 4				
Položka 5				
Položka 6				

Consent & Signature

Souhlasím s výše popsaným postupem mikroneedlingu. Rozumím rizikům, výhodám a alternativám. Měl jsem příležitost položit otázky a obdržel jsem uspokojivé odpovědi. Souhlasím s dodržováním všech pokynů před a po léčbě. Zveřejňuji poskytovatele a ordinaci od odpovědnosti.

Potvrzuji, že jsem si přečetl a rozumím výše uvedeným informacím a daím svůj informovaný souhlas.

Přečetl jsem si a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.