

마이크로니들링 동의서

마이크로니들링(콜라겐 유도 치료) 시술에 대한 정보 동의서

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

시술 세부 사항

마이크로니들링 기기 *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8 (RF 마이크로니들링)

☐ Vivace

☐ 기타

시술 부위 *

☐ 전체 얼굴

☐ 목

☐ 데콜테

☐ 손

☐ 스트레치 마크

☐ 여드름 자국(특정 부위)

추가 세럼(해당 시 적용)

☐ PRP(자가혈청성장인자)

☐ 히알루론산 세럼

☐ 성장 인자 세럼

☐ 비타민 C 세럼

☐ 없음

건강 검진

현재 시술 부위에 활성 여드름, 주사 악화, 또는 피부 감염이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

혈액 응고 장애가 있거나 혈액 희석제를 복용 중입니까? *

☐ 예

☐ 아니오

켈로이드 또는 비후성 흉터의 병력이 있습니까? *

☐ 예

☐ 아니오

현재 임신 중이거나 수유 중입니까? *

☐ 예

☐ 아니오

지난 2주 내에 다음 중 어느 것을 시술받았습니까?

☐ 화학 박피

☐ 레이저 시술

☐ 왁싱 제모

☐ 일광화상

☐ 위 중 없음

위험 및 사후 관리

예상되는 증상:

- 24-72시간 동안 일광화상과 유사한 발적 및 경미한 부종
- 시술 중 가벼운 점상 출혈(정상)
- 피부가 팽팽하고, 따뜻하고, 민감하게 느껴질 수 있음
- 3-5일 동안 경미한 벗겨짐 또는 박편화

잠재적 위험:

- 지속적인 발적 또는 부종
- 타박상
- 감염(사후 관리를 따르지 않을 경우)
- 염증 후 색소 침착
- 흉터 형성(드문 경우)
- 국소 세럼에 대한 알레르기 반응
- 발진 또는 화이트헤드

사후 관리:

- 직사광선을 피하고 최소 2주간 SPF 30+ 사용
- 24시간 동안 메이크업 금지
- 72시간 동안 활성 스킨케어(레티노이드, AHA, 비타민 C) 금지
- 피부를 깨끗하고 촉촉하게 유지
- 시술 부위를 긁거나 집지 않기
- 48시간 동안 수영, 사우나, 격렬한 운동 피하기

나는 마이크로니들링의 잠재적 위험을 인정하며 제공된 모든 사후 관리 지침을 따르기로 동의합니다.

위험성과 사후 관리 요구사항을
이해합니다: _____

서비스 기록

사무실 용도만

	날짜	부위	깊이(mm)	횟수
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				
항목 5				
항목 6				

동의 및 서명

위에 설명된 마이크로니들링 시술에 동의합니다. 나는 위험성, 이점 및 대체 방법을 이해합니다. 나는 질문할 기회를 가졌으며 만족스러운 답변을 받았습니다. 나는 시술 전후의 모든 지침을 따르기로 동의합니다. 나는 의료 제공자와 의료 기관을 책임에서 해제합니다.

나는 위의 정보를 읽고 이해했으며 정보 동의를 제공함을 확인합니다.

위의 정보를 읽고
이해했습니다: _____

서명

날짜

이름 인쇄

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공됩니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.