

Zgoda na mikroneedling

Świadoma zgoda na zabiegi mikroneedlingu (terapii indukcji kolagenu)

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Urządzenie do mikroneedlingu *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8 (RF Mikroneedling)

☐ Vivace

☐ Inne

Obszary zabiegu *

☐ Całą twarz

☐ Szyję

☐ Dekolte

☐ Ręce

☐ Rozstępy

☐ Blizny potrądzikowe (określony obszar)

Dodatkowe surowice (jeśli dotyczy)

☐ PRP (Osocze bogate w płytki krwi)

☐ Serum kwasu hialuronowego

☐ Serum czynników wzrostu

☐ Serum witaminy C

☐ Brak

Badanie zdrowotne

Czy masz obecnie aktywne trądzik, atak różyczki lub infekcję skóry w obszarze zabiegu? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz zaburzenie krwotoczności lub zażywasz leki na rozciśnianie krwi? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz w historii keloidalne lub przerostowe blizny? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy jesteś w ciąży lub karmisz? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miałaś/miałeś któreś z poniższych zabiegów?

- ☐ Peeling chemiczny ☐ Zabieg laserowy ☐ Depilacja woskiem
☐ Oparzenie słoneczne ☐ Żaden z powyższych

Zagrożenia i pielęgnacja

Czego się spodziewać:

- Zaczerwienienie i łagodny obrzęk podobny do oparzenia słonecznego przez 24-72 godziny
- Lekkie punktowe krwawienie podczas zabiegu (normalne)
- Skóra może być napięta, ciepła i wrażliwa
- Drobne łuszczenie się lub łamanie się przez 3-5 dni

Potencjalne zagrożenia:

- Przedłużone zaczerwienienie lub obrzęk
- Siniakami
- Infekcja (jeśli nie przestrzegasz pielęgnacji)
- Hierpigmentacja pozapalna
- Bliznowacenie (rzadkie)
- Uczulenie na topowe surowice
- Wysypka lub milia

Pielęgnacja:

- Unikać bezpośredniego słońca i nosić SPF 30+ przez co najmniej 2 tygodnie
- Bez makijażu przez 24 godziny
- Bez aktywnych produktów do pielęgnacji (retinoidów, AHA, witaminy C) przez 72 godziny
- Utrzymuj skórę czystą i nawodnioną
- Nie drap i nie tup traktowanej skóry
- Unikać pływania, saun i intensywnych ćwiczeń przez 48 godzin

Potwierdzam potencjalne zagrożenia mikroneedlingu i zgadzam się przestrzegać wszystkich udzielonych instrukcji pielęgnacyjnych.

Rozumiem zagrożenia i wymagania dotyczące pielęgnacji: _____

Rejestr usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Głębokość (mm)	Przejęcia
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Wyrażam zgodę na procedurę mikroneedlingu opisaną powyżej. Rozumiem zagrożenia, korzyści i alternatywy. Miałem/miałam możliwość zadania pytań i otrzymałem/otrzymałam satysfakcjonujące odpowiedzi. Zgadzam się przestrzegać wszystkich instrukcji przed i po zabiegu. Zwalniam dostawcę i praktykę z odpowiedzialności.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i wyrażam świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twoi klienci podpisują na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.