

Zgoda na lifting nitkami PDO

Świadoma zgoda na lifting nitkami PDO, PLLA i PCL oraz zabiegi nitkami gładkimi twarzy, szyi i ciała

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Typ nitki *

☐ Nitki barwione / lifting ☐ Nitki gładkie / monofil ☐ Oba typy

Obszary zabiegu *

☐ Środek twarzy / Policzki

☐ Linia szczęki / Opuszczona skóra pod brodą

☐ Szyja

☐ Brwi

☐ Nos

☐ Ciało (brzuch, ramiona, kolana)

Czy miałeś/miałaś zabieg nitkami wcześniej? *

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, kiedy, gdzie i czy były jakieś problemy?

Czy miałeś/miałaś wypełniacz lub toksynę botulinową w tym obszarze w ciągu ostatnich 2 tygodni? *

☐ Tak ☐ Nie

Historia medyczna

Czy jesteś w ciąży, starasz się zajść w ciążę lub karmisz piersią? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz którąś z poniższych chorób?

- ☐ Choroba autoimmunologiczna (toczeń, zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane itp.)
- ☐ Zaburzenie krwawienia lub przyjmowanie leków rozrzedzających krew
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Historia blizn keloidu lub hipertroficzných
- ☐ Rak (obecny lub w ciągu ostatnich 5 lat)
- ☐ Upośledzenie odporności / zaburzenie immunologiczne
- ☐ Żadna z powyższych

Czy masz aktywne trądzik, zakażenie lub stan zapalny w obszarze zabiegu? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz bardzo cienką skórę lub znaczną zwiotczałość skóry? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy jesteś uczulony/uczulona na polidoksanon (PDO), kwas polilaktyczny lub inne materiały szwowe? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy planujesz chirurgię twarzy lub inne zabiegi na twarzy w ciągu 6 miesięcy? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy przyjmujesz leki rozrzedzające krew lub masz zaburzenie krwawienia? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Obecne leki i suplementy

Alergie (leki, lateks, lidokaina, znieczulające)

Ryzyka i powikłania

Potencjalne ryzyka i powikłania:

- Obrzęk, siniaczenie i czułość przez 1-2 tygodnie
- Wgniotki, zmarszczki lub nieregularności skóry – zwykle ustępują w ciągu 2-3 tygodni; czasami wymagają korekty
- Widoczne lub wyczuwalne nitki, zwłaszcza na cienką skórę
- Migracja lub wypadnięcie nitki – koniec nitki może wymagać przycięcia lub usunięcia
- Asymetria
- Zakażenie i reakcja zapalna
- Uszkodzenie nerwu lub ślinianki przuszej – czasowe drętwienie lub ból (rzadkie)
- Hematoma (nagromadzenie krwi)
- Ograniczony lub krótkotrwały efekt – nitki liftingujące rozpuszczają się przez 6-12 miesięcy; efekt liftingu jest skromny w porównaniu z chirurgią

Unikaj szerokiego otwierania ust, żucia twardych pokarmów, masażu twarzy, pracy dentystycznej i spania na twarzy przez 2 tygodnie.

Rozumiem, że lifting nitkami zapewnia subtelny, czasowy lift, który nie zastępuje liftingu chirurgicznego, że nitki rozpuszczają się w ciągu miesięcy i że może być wymagane powtórzenie zabiegu.

Rozumiem, że efekt jest skromny i czasowy: _____

Rozumiem, że mogą się pojawić wgniotki, widoczne lub wyczuwalne nitki, migracja, wypadnięcie lub asymetria, które mogą wymagać dalszego leczenia lub usunięcia nitki.

Rozumiem ryzyka wgniotów, widoczności i migracji: _____

Zgoda na fotografie

Czy możemy robić zdjęcia przed i po zabiegu do Twojej dokumentacji medycznej? *

- ☐ Tak - tylko do mojej dokumentacji medycznej
- ☐ Tak - i możecie je wykorzystywać anonimowo do celów marketingowych
- ☐ Nie

Dziennik usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Typ nitki / Liczba / Numer partii	Uwagi
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na zabieg lifting nitkami. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o korzyściach, ryzykach, alternatywach (w tym lifting chirurgiczny, zabiegi zastrzykami, urządzenia energetyczne) i potencjalnych powikłaniach. Rozumiem, że jest to fakultatywny zabieg kosmetyczny o czasowych efektach i nie dano mi żadnej gwarancji wyniku. Zwalam pracownika i placówkę z odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

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

Przeczytałem/przeczytałam 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 Twój klient podpisuje 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.