

Zgoda na PRP / Vampire Facial

Świadoma zgoda na terapię Platelet Rich Plasma i zabiegi PRP z mikroigłowaniem

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Typ zabiegu PRP *

- ☐ PRP Facial (Vampire Facial — PRP + Mikroigłowanie) ☐ Zastrzyki PRP (staw, skóra głowy lub skóra)
☐ Przywrócenie włosów PRP

Obszary zabiegu *

- ☐ Twarz ☐ Szyja ☐ Skóra głowy
☐ Pod oczami ☐ Dłonie ☐ Staw (podaj obszar)

Badania zdrowotne

Czy jesteś obecnie w ciąży lub karmiąca? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz zaburzenia krwawienia lub dysfunkcję płytek krwi? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy przyjmujesz leki rozcieniające krew lub NLPZ (aspirynę, ibuprofen)? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz aktywne infekcje skóry lub opryszczkę w obszarze zabiegu? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz aktywny nowotwór lub choroby przenoszące się przez krew? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy przyjmowałeś Accutane w ciągu ostatnich 6 miesięcy? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Ryzyko i spodziewane wyzdrowienie

O zabiegu PRP:

PRP wykorzystuje twoją własną krew, którą pobiera się, przetwarza w wirówce w celu zagęszczenia płytek krwi, a następnie nanosi na skórę za pomocą mikroigłowania lub iniekcji do wybranych obszarów.

Potencjalne ryzyko:

- Siniaki, zaczerwienienie i opuchlizna w miejscu pobrania krwi i zabiegu
- Ból lub dyskomfort podczas zabiegu
- Infekcja (rzadka)
- Reakcja alergiczna na krem uniemożliwiający ból (samo PRP wykorzystuje twoją własną krew)
- Tymczasowa hiperpigmentacja
- Guzki w miejscach iniekcji (rzadkie)
- Wyniki są różne – zazwyczaj wymagane są wielokrotne zabiegi

Pielęgnacja po zabiegu:

- Unikaj dotykania obszaru zabiegu przez 6 godzin
- Bez makijażu przez 24 godziny
- Unikaj słońca, ćwiczeń, sauny przez 48 godzin
- Bez retinoidów lub pelingów przez 72 godziny
- Utrzymuj skórę nawilżoną

Rozumiem, że PRP obejmuje pobranie krwi i ryzyko związane zarówno z pobraniem, jak i zabiegiem. Wyrażam zgodę na kontynuację.

Rozumiem ryzyko i procedurę pobrania krwi: _____

Dziennik usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Krok	Szczegół	Notatki
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Wyrażam zgodę na zabieg PRP opisany powyżej, w tym pobranie krwi. Rozumiem ryzyko, korzyści i alternatywy. Ujawniłem wszystkie istotne informacje zdrowotne. Zwalniam dostawcę 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.