

RF Mikrotűzés Beleegyező Nyilatkozat

Tájékozott beleegyezés rádiófrekvenciás mikrotűzéshez (Morpheus8 típusú eszközök) implantátum, pacemaker és
bőrszűrés figyelembevételével

Ügyfél adatai

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail cím *

Telefonszám *

Születési dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Kezelés részletei

Kezelendő területek *

☐ Arc

☐ Nyak

☐ Állvonal / áll alatti terület

☐ Has

☐ Karok

☐ Combok / fenék

☐ Egyéb

Célok

☐ Bőrfeszítés

☐ Aknés hegek

☐ Bőrfelszín és pórusok

☐ Striák

☐ Bőr alatti zsír csökkentése

Volt már korábban mikrotűzés vagy RF kezelése? *

☐ Igen

☐ Nem

Kórtörténet

Terhes, teherbe esni próbál, vagy szoptat? *

☐ Igen

☐ Nem

Fennáll Önnél az alábbiak valamelyike?

☐ Autoimmun betegség (lupusz, RA, SM stb.)

☐ Véralvadási zavar vagy vérhígító szedése

☐ Cukorbetegség

☐ Keloid vagy hipertrófiás hegképződés az anamnézisben

☐ Rák (jelenleg vagy az elmúlt 5 évben)

☐ Immunszuppresszió / immunrendszeri zavar

☐ Egyik sem a fentiek közül

Van szívritmus-szabályozója, defibrillátora vagy más beültetett elektronikus eszköze? *

☐ Igen

☐ Nem

Van fém implantátuma, lemeze vagy csavarja a kezelendő területen vagy annak közelében? *

☐ Igen ☐ Nem

Szedett izotretinoint (Accutane-t) az elmúlt 6 hónapban? *

☐ Igen ☐ Nem

Van aktív aknéja, fertőzése, herpesze vagy nyílt sebe a kezelendő területen? *

☐ Igen ☐ Nem

Volt filler, botulinum toxin vagy fonalas kezelése az érintett területen az elmúlt 2 hétben? *

☐ Igen ☐ Nem

Van melazmája vagy anamnézisében gyulladás utáni hiperpigmentáció szerepel? *

☐ Igen ☐ Nem

Érte jelentős napozás vagy szoláriumhasználat az elmúlt 2 hétben? *

☐ Igen ☐ Nem

Jelenlegi gyógyszerek és étrend-kiegészítők

Allergiák (gyógyszerek, latex, lidokain, érzéstelenítők)

Kockázatok és szövődmények

Lehetséges kockázatok és szövődmények:

- Pirosság, duzzanat és melegségérzet 1-3 napig; pontszerű vérzés és enyhe pörkösödés várható
- Rácsminták a tű mintázatától, amelyek néhány napon belül elhalványulnak
- Zúzódás, különösen vérhígítók vagy halolaj szedése esetén
- Hiperpigmentáció vagy hipopigmentáció, valószínűbb leburnult bőr, melazma vagy sötétebb bőrtípus esetén
- Fertőzés vagy herpesz reaktiválódása
- Égési sérülés, hólyagosodás vagy zsírvesztés túl magas energiaszint esetén (ritka)
- Hegesedés (ritka)
- Idegirritáció — átmeneti zsibbadás vagy bizsergés (ritka)

A legtöbb embernek 3 kezelésre van szüksége 4-6 hetes időközönként, a kollagén eredmények 3-6 hónap alatt alakulnak ki. A kezelés előtt érzéstelenítő krémet alkalmazunk.

Megértettem a várható pirosságot, duzzanatot, rácsmintákat és pontszerű vérzést, valamint a ritkábban előforduló pigmentváltozás, fertőzés, égési sérülés és hegesedés kockázatát.

Megértettem a várható lábadozási időszakot és a kockázatokat: _____

Megerősítem, hogy nincs beültetett elektronikus eszközöm vagy fém a kezelendő területen, és minden gyógyszeremet, beleértve az izotretinoint és a vérhígítókat is, közöltem.

Nyilatkoztam az implantátumokról és gyógyszerekről: _____

Fényképengedély

Készíthetünk kezelés előtti és utáni fényképeket az Ön egészségügyi dokumentációjához? *

- ☐ Igen — csak az egészségügyi dokumentációhoz
- ☐ Igen — és anonim módon marketing célra is felhasználhatják
- ☐ Nem

Kezelési napló

Csak belső használatra

	Dátum	Terület	Mélység / Energia / Áthaladások	Megjegyzések
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Beleegyezés és aláírás

Önkéntesen beleegyezem a rádiófrekvenciás mikrotűzés kezelésbe. Tájékoztatást kaptam az előnyökről, kockázatokról, alternatívákról és a lehetséges szövődményekről. Megértettem, hogy ez egy elektív kozmetikai beavatkozás, hogy az eredmények egyénenként eltérőek és hónapok alatt alakulnak ki, és hogy az eredményre semmilyen garanciát nem vállaltak. Felmentem a szolgáltatót és a praxist minden, a kezeléssel kapcsolatos felelősség alól, kivéve gondatlanság esetén.

Megerősítem, hogy elolvastam és megértettem a fenti tájékoztatást, és tájékozott beleegyezésemet adom.

Elolvastam és megértettem a fenti tájékoztatást: _____

Aláírás

Dátum

Nyomtatott név

Dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Ezt az űrlapot a Consentify ingyenesen biztosította

A Consentify az ehhez hasonló formákat digitális beleegyezésekké alakítja, amelyeket az ügyfelek QR-kód segítségével saját telefonjukon írnak alá — automatikus PDF-ekkel, kontraindikáció jelzésekkel és titkosított tárolással. Ingyenes csomag elérhető a <https://getconsentify.com> webhelyen.

Csak sablon. Használat előtt tekintse át saját szakképzett szakemberével vagy jogi tanácsadóval; a követelmények joghatóság és gyakorlat szerint változnak.