

RF 마이크로니들링 동의서

RF 마이크로니들링(Morpheus8 타입 기기) 임플란트, 심박동기 및 피부 검진 관련 서면 동의서

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

시술 세부 사항

시술 부위 *

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| ☐ 얼굴 | ☐ 목 | ☐ 턱선 / 턱 아래 |
| ☐ 복부 | ☐ 팔 | ☐ 허벅지 / 엉덩이 |
| ☐ 기타 | | |

목표

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 피부 탄력 | ☐ 여드름 흉터 | ☐ 결 및 모공 |
| ☐ 스트레치 마크 | ☐ 피하 지방 감소 | |

이전에 마이크로니들링이나 RF 시술을 받으신 적이 있습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

의료 이력

현재 임신 중이거나 임신을 계획 중이거나 모유 수유 중입니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

다음 중 해당하는 질환이 있습니까?

- | | |
|--|---|
| ☐ 자가면역질환(루푸스, 류마티스 관절염, 다발성경화증 등) | ☐ 출혈 장애 또는 항응고제 복용 중 |
| ☐ 당뇨병 | ☐ 켈로이드 또는 비후성 흉터 병력 |
| ☐ 암(현재 또는 지난 5년 이내) | ☐ 면역억제 상태 / 면역 장애 |
| ☐ 위의 항목 중 해당 사항 없음 | |

심박동기, 제세동기 또는 기타 임플란트형 전자기기가 있습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

시술 부위에 금속 임플란트, 판, 또는 나사가 있습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

지난 6개월 내 이소트레티노인(Accutane)을 복용하셨습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

시술 부위에 활동성 여드름, 감염, 헤르페스, 또는 개방 상처가 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

지난 2주 내 시술 부위에 필러, 신경독소, 또는 스레드를 시술받으셨습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

검은반점(멜라즈마) 또는 염증 후 색소 침착 병력이 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

지난 2주 내 과도한 햇빛 노출이나 태닝을 하셨습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

현재 복용 중인 약물 및 보조제

알레르기(약물, 라텍스, 리도카인, 마취제)

위험 및 합병증

잠재적 위험 및 합병증:

- 발적, 부종, 열감 1~3일 동안; 점상 출혈 및 가벼운 딱지는 예상되는 증상
- 격자 무늬 바늘 패턴으로 인한 자국, 며칠 내 사라짐
- 타박상, 특히 항응고제나 피시유 복용 시
- 색소 침착 증가 또는 감소, 태닝된 피부, 멜라즈마 또는 어두운 피부 타입에서 더 가능성이 높음
- 감염 또는 헤르페스 재활성화
- 화상, 물집, 또는 에너지가 너무 높을 경우 지방 손실(드문 경우)
- 흉터(드문 경우)
- 신경 자극 — 일시적 무감각 또는 따끔거림(드문 경우)

대부분의 사람들은 4~6주 간격의 3회 시술이 필요하며, 콜라겐 결과는 3~6개월에 걸쳐 나타납니다. 시술 전에 마취크림을 도포합니다.

나는 예상되는 발적, 부종, 격자 무늬, 점상 출혈 및 색소 변화, 감염, 화상, 흉터의 덜 흔한 위험을 이해합니다.

예상되는 회복 기간 및 위험을
이해합니다: _____

이소트레티노인 및 항응고제를 포함한 모든 약물을 임플란트 및 약물과 함께 공개했음을 확인합니다.

임플란트 및 약물을
공개했습니다: _____

사진 공개 동의

시술 전후 사진을 의료 기록용으로 촬영하겠습니까? *
☐ 예 — 의료 기록용만 ☐ 예 — 마케팅용 익명 사진으로 사용 가능 ☐ 아니오

서비스 로그
사무실 용도만

	날짜	부위	깊이 / 에너지 / 패스	참고사항
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				
항목 5				
항목 6				

동의 및 서명

나는 자발적으로 RF 마이크로니들링 시술에 동의합니다. 나는 이익, 위험, 대체 방법 및 잠재적 합병증에 대해 설명받았습니다. 이것은 선택적 미용 시술이며 결과는 개인차가 있고 수개월에 걸쳐 나타나며 결과를 보장하지 않음을 이해합니다. 나는 과실을 제외하고 이 시술과 관련된 의료진 및 의료기관의 법적 책임을 면제합니다.

나는 위의 정보를 읽고 이해했으며 서면 동의합니다.
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.