

Zgoda na zabieg radiofrekwencyjnego mikronakłuwania

Świadoma zgoda na zabieg radiofrekwencyjnego mikronakłuwania (urządzenia typu Morpheus8) z oceną implantów, rozrusznika i stanu skóry

Dane klienta

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Obszary leczenia *

☐ Twarz

☐ Szyja

☐ Linia szczęki / Broda

☐ Brzuch

☐ Ramiona

☐ Uda / Pośladki

☐ Inne

Cele

☐ Ujędrnienie skóry

☐ Blizny po trądziku

☐ Tekstura i pory

☐ Rozstępy

☐ Redukcja tkanki tłuszczowej pod skórą

Czy miałeś/-aś wcześniej zabiegi mikronakłuwania lub RF? *

☐ Tak ☐ Nie

Historia medyczna

Czy jesteś w ciąży, planujesz ciążę lub karmisz piersią? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz któreś z poniższych?

☐ Choroba autoimmunologiczna (toczeń, RA, MS, itp.)

☐ Zaburzenie krzepliwości lub stosowanie leków rozrzedzających krew

☐ Cukrzyca

☐ Historia bliznowacenia keloidalnego lub hipertroficznego

☐ Rak (obecny lub w ostatnich 5 latach)

☐ Obniżona odporność / zaburzenia immunologiczne

☐ Żadne z powyższych

Czy masz rozrusznik serca, defibrylatora lub inne wszczepione urządzenie elektroniczne? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz implanty metalowe, płytki lub śruby w obszarze leczenia lub w jego pobliżu? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy brałeś/-aś izotretinoinę (Accutane) w ostatnich 6 miesiącach? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz czynne trądzik, zakażenie, opryszczkę lub otwarte rany w obszarze zabiegu? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy miałeś/-aś wypełniacze, toksyny botulinowe lub nici w tym obszarze w ostatnich 2 tygodniach? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz melazm lub historię zapalnego podwyższenia pigmentacji skóry? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy miałeś/-aś znaczną ekspozycję słoneczną lub opalanie się w ostatnich 2 tygodniach? *

☐ Tak ☐ Nie

Bieżące leki i suplementy

Uczulenia (leki, lateks, lidokaina, znieczulacze)

Ryzyko i powikłania

Potencjalne ryzyko i powikłania:

- Zaczerwienienie, opuchlizna i ciepło przez 1–3 dni; punktowe krwawienia i lekkie strupowanie są normalne
- Znaki siatki od wzoru igieł, zanikające w ciągu dni
- Siniaki, szczególnie u osób stosujących leki rozrzedzające krew lub olej rybny
- Hiperpigmentacja lub hipopigmentacja, bardziej prawdopodobne przy opalenizowanej skórze, melazmie lub ciemniejszych typach skóry
- Zakażenie lub reaktywacja opryszczki
- Oparzenia, pęcherzyki lub utrata tkanki tłuszczowej przy zbyt wysokiej energii (rzadko)
- Bliznowacenie (rzadko)
- Podrażnienie nerwów — czasowe mrowienie lub drętwienie (rzadko)

Większość osób potrzebuje serii 3 zabiegów w odstępach 4–6 tygodni, przy czym rezultaty kolagenu rozwijają się przez 3–6 miesięcy. Krem znieczulający jest aplikowany przed zabiegiem.

Rozumiem oczekiwane zaczerwienienie, opuchlizn, znaki siatki i punktowe krwawienia oraz mniej powszechne ryzyko zmian pigmentacji, zakażenia, oparzeń i bliznowacenia.

Rozumiem oczekiwane zaczerwienienie, opuchlizn, znaki siatki i punktowe krwawienia: _____

Potwierdzam, że nie mam wszczepionego urządzenia elektronicznego lub metalu w obszarze leczenia i ujawniłem wszystkie leki, w tym izotretinoinę i leki rozrzedzające krew.

Potwierdzam, że nie mam wszczepionego urządzenia elektronicznego ani metalu w obszarze leczenia i ujawniłem wszystkie leki: _____

Zgoda na zdjęcia

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

- ☐ Tak — tylko do mojej dokumentacji medycznej
- ☐ Tak — i możecie ich użyć anonimowo do celów marketingowych
- ☐ Nie

Dziennik usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Głębokość / Energia / Przejścia	Notatki
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na zabieg radiofrekwencyjnego mikronakłuwania. Zostałem/-am poinformowany/-a o korzyściach, ryzykach, alternatywach i potencjalnych powikłaniach. Rozumiem, że jest to fakultatywny zabieg kosmetyczny, że wyniki się różnią i rozwijają przez miesiące, i że nie dano mi żadnej gwarancji wyniku. Zwalniamę lekarza i klinikę z odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

Potwierdzam, że przeczytałem/-am i rozumiem powyższe informacje oraz daję moją świadomą zgodę.

Przeczytałem/-am 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.