

射频微针植入同意书

射频微针（Morpheus8型设备）植入、起搏器和皮肤筛查的知情同意书

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

治疗详情

治疗区域 *

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| ☐ 面部 | ☐ 颈部 | ☐ 下颌线/颈下 |
| ☐ 腹部 | ☐ 手臂 | ☐ 大腿/臀部 |
| ☐ 其他 | | |

目标

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 皮肤紧致 | ☐ 痤疮疤痕 | ☐ 纹理和毛孔 |
| ☐ 妊娠纹 | ☐ 真皮脂肪减少 | |

您之前做过微针或射频治疗吗？ *

☐ 是 ☐ 否

病史

您是否怀孕、计划怀孕或正在哺乳？ *

☐ 是 ☐ 否

您是否患有以下任何情况？

- | | |
|---|---|
| ☐ 自身免疫病（红斑狼疮、类风湿关节炎、多发性硬化症等） | ☐ 出血倾向或正在服用血液稀释剂 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ 瘢痕疙瘩或肥厚性瘢痕史 |
| ☐ 癌症（当前或过去5年内） | ☐ 免疫抑制/免疫疾病 |
| ☐ 以上都没有 | |

您是否有起搏器、除颤器或任何植入式电子设备？ *

☐ 是 ☐ 否

您在治疗区域或附近是否有金属植入物、钢板或螺钉？ *

☐ 是 ☐ 否

您在过去6个月内是否服用过异维A酸（Accutane）？*

☐ 是 ☐ 否

您是否在治疗区域有活跃性痤疮、感染、唇疱疹或开放性伤口？*

☐ 是 ☐ 否

您在过去2周内是否在该区域接受过填充物、肉毒杆菌毒素或线程治疗？*

☐ 是 ☐ 否

您是否患有黄褐斑或炎症后色素沉着过度的病史？*

☐ 是 ☐ 否

您在过去2周内是否有过大量日晒或晒黑？*

☐ 是 ☐ 否

当前药物和补充剂

过敏（药物、乳胶、利多卡因、麻醉剂）

风险与并发症

潜在的风险和并发症：

- 发红、肿胀和温暖感 持续1-3天；点状出血和轻微结痂是预期现象
- 网格状标记 来自针头模式，几天内消退
- 淤伤，特别是使用血液稀释剂或鱼油的人群
- 色素沉着过度或色素沉着不足，更可能发生在晒黑皮肤、黄褐斑或深色皮肤上
- 感染 或冷疮复发
- 烧伤、水泡或脂肪丧失（如果能量过高）（罕见）
- 疤痕（罕见）
- 神经刺激——暂时性麻木或刺痛感（罕见）

大多数人需要进行一系列3次治疗，间隔4-6周，胶原蛋白效果在3-6个月内显现。治疗前涂抹麻醉膏。

我理解预期的发红、肿胀、网格状标记和点状出血，以及不太常见的色素变化、感染、烧伤和疤痕风险。

我理解预期的停机时
间和风险: _____

我确认没有植入式电子设备或金属在治疗区域，并已披露所有药物，包括异维A酸和血液稀释剂。

我已披露植入物
和药物: _____

照片发布

我们可以为您的治疗记录拍摄前后照片吗? *

☐ 可以——仅用于我的医疗记录 ☐ 可以——您可以匿名用于营销 ☐ 不可以

服务日志
仅供办公室使用

	日期	区域	深度/能量/次数	备注
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意与签署

我自愿同意接受射频微针治疗。我已被告知益处、风险、替代方案和潜在并发症。我理解这是一项可选的美容程序，效果因人而异，需数月才能显现，且未承诺任何效果。我解除提供者和诊所的责任，除非存在过失行为。

我确认已阅读并理解上述信息并给予知情同意。

我已阅读并理解上述信息: _____

签署 _____ 日期 _____

打印姓名 _____

日期 * _____
MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。