

Souhlas k odstranění molů, kožních značek a lézí

Informovaný souhlas pro kosmetické odstranění kožních značek, benigních molů a pigmentovaných lézí radiofrekvencí, laserem, kryoterapií nebo břitovým excizí, s uznáním patologie

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Podrobnosti o lézi

Co se odstraňuje? *

- | | |
|--|---|
| ☐ Kožní značka(y) | ☐ Mol (névus) |
| ☐ Seborrheická keratóza / věková skvrna | ☐ Třešeňský angiom |
| ☐ Milia | ☐ Jiné |

Počet lézí *

Umístění *

Metoda *

- | | |
|--|---|
| ☐ Radiofrekvence / elektrokoagulace | ☐ Laser |
| ☐ Kryoterapie (zmrazování) | ☐ Břitové excize |
| ☐ Stříhání excize | |

Změnila se léze nedávno některým z těchto způsobů? *

- | | |
|---|---|
| ☐ Zvětšila se | ☐ Změnila barvu nebo má více barev |
| ☐ Nepravidelný nebo nerovnoměrný okraj | ☐ Krvácí, svědí nebo tvoří strupy |
| ☐ Objevila se po 30. roce života | ☐ Bez změn |

Vyšetřila tuto lézi dermatolog nebo lékař? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Lékařská anamnéza

Jste těhotná, pokoušíte se otěhotnět nebo kojíte? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte některou z následujících podmínek?

- | | |
|---|--|
| ☐ Autoimunitní onemocnění (lupus, RA, MS atd.) | ☐ Porucha srážlivosti krve nebo léčba antikoagulancii |
| ☐ Diabetes | ☐ Historie keloidních nebo hypertrofických jizev |
| ☐ Rakovina (současná nebo v posledních 5 letech) | ☐ Imunosuprimovaný / porucha imunity |
| ☐ Žádné z výše uvedených | |

Máte osobní nebo rodinnou historii melanomu nebo rakoviny kůže? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte kardiostimulátor nebo implantované elektronické zařízení? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Tvoříte keloidní nebo silné jizvy? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Užívali jste isotretinoin (Accutane) v posledních 6 měsících? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Berete léky na ředění krve? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Současné léky a doplňky stravy

Alergie (léky, latex, lidokain, anestetika)

Rizika a komplikace

Možná rizika a komplikace:

- Jizvení – každé odstranění zanechá stopu, která může být plochá, zvýšená, světlejší nebo tmavší než okolní kůže
- Hyperpigmentace nebo hypopigmentace v místě, někdy dlouhodobá
- Neúplné odstranění nebo opětovný nárůst vyžadující druhé léčení
- Krvácení, infekce nebo zpomalené hojení
- Bolest nebo pálení během a po léčbě
- Podráždění nervů – dočasné znecitlivění (vzácné)
- Chybějící diagnóza – kosmetické odstranění bez patologie znamená, že léze není vyšetřena pod mikroskopem; podezřelá nebo měnící se léze by měla být vyšetřena lékařem a může vyžadovat biopsii

Udržujte místo zakryté a vlhké podle pokynů, vyvarujte se dráždění strup a používejte ochranu před sluncem 3 měsíce, abyste snížili zbarvení.

Rozumím, že odstranění vždy zanechá nějakou stopu, která může být světlejší, tmavší nebo zvýšená, a že se léze může vrátit a vyžadovat opakovanou léčbu.

Rozumím, že stopa nebo změna pigmentu zůstane: _____

Rozumím, že kosmetické odstranění neobsahuje mikroskopické vyšetření, pokud to není specificky domluveno, že měnící se nebo podezřelá léze by měla být nejdříve vyšetřena dermatologem, a že jsem na otázky o lézi odpovídal/a pravdivě.

Rozumím, že toto odstranění je kosmetické a léze nebude patologicky vyšetřena, pokud to není zvlášť dohodnuté: _____

Souhlas k fotografování

Smíme si pořizovat fotografii před a po léčbě do vašeho zdravotnického záznamu? *

☐ Ano – pouze pro můj zdravotnický záznam

☐ Ano – a smíte je používat anonymně pro marketing

☐ Ne

Záznam o službě

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Léze / Umístění	Metoda / Nastavení	Poznámky
Položka 1				
Položka 2				
Položka 3				
Položka 4				
Položka 5				
Položka 6				

Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s kosmetickým odstraněním léze(í) popsané výše. Byl jsem informován o výhodách, rizicích, alternativách (včetně lékařského vyšetření a biopsie) a možných komplikacích, včetně jizvení a změny pigmentu. Rozumím, že se jedná o volitelný zákrok a nebyla poskytnuta žádná záruka výsledku. Osvobozuji poskytovatele a praxi od odpovědnosti související s touto léčbou, s výjimkou případů nedbalosti.

Potvrzuji, že jsem si přečetl/a a rozumím výše uvedeným informacím a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl/a jsem si a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.