

Anyajegy, Bőrnevedék és Elváltozás eltávolítási Beleegyezés

Tájékozott beleegyezés a bőrnevedékek, jóindulatú anyajegyek és pigmentált elváltozások kozmetikai eltávolításához rádiófrekvenciás, lézer-, krioterápiás vagy shave excíziós módszerrel, az elváltozás patológiai признания

Ügyfél Adatai

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail Cím *

Telefonszám *

Születési Dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Elváltozás Részletei

Mit távolítottunk el? *

- | | |
|---|--|
| ☐ Bőrnevedék(ek) | ☐ Anyajegy (nevus) |
| ☐ Szeborreás keratózis / életkori folt | ☐ Cseresznyevörös angioma |
| ☐ Milia | ☐ Egyéb |

Elváltozások száma *

Elhelyezkedés(ek) *

Módszer *

- | | |
|---|--|
| ☐ Rádiófrekvenciás / Elektrokoagulálás | ☐ Lézer |
| ☐ Krioterápia (fagyasztás) | ☐ Shave excízió |
| ☐ Snip excízió | |

Az elváltozás az utóbbi időben ezek közül valamelyik módon megváltozott? *

- | | |
|---|---|
| ☐ Mérete nőtt | ☐ Szína megváltozott vagy több szína van |
| ☐ Szabálytalan vagy egyenetlen szegély | ☐ Vérzik, viszket vagy gyöngyölik |
| ☐ 30 éves kora után jelent meg | ☐ Nincsenek változások |

Vizsgálta-e már ezt az elváltozást egy dermatológus vagy orvos? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Orvosi Történet

Terhes vagy, terhességet tervez, vagy szoptat? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e valamelyik az alábbiakból?

- ☐ Autoimmun betegség (lupus, RA, MS, stb.)
- ☐ Cukorbetegség
- ☐ Rák (jelenlegi vagy az elmúlt 5 éven belül)
- ☐ Fenti közül egyik sem

- ☐ Vérzési rendellenesség vagy vérhígítóban részesül
- ☐ Keloid vagy hypertrophias hegképződés előzménye
- ☐ Immunszupprimált / immunrendszeri betegség

Van-e személyes vagy családi előzménye melanómának vagy bőrráknak? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van szívritmus-szabályozó vagy beültetett elektronikus eszköz? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Képez-e keloidokat vagy vastag hegeket? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Szedett-e izotretioint (Accutane) az elmúlt 6 hónapban? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Szed-e vérhígítót? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Jelenlegi gyógyszerek és étrend-kiegészítők

Allergiák (gyógyszerek, latex, lidokain, érzéstelenítők)

Kockázatok és Szövődmények

Lehetséges Kockázatok és Szövődmények:

- Hegképződés — minden eltávolítás nyomot hagy, amely lehet sík, emelt, világosabb vagy sötétebb a környező bőrnél
- Hyperpigmentáció vagy hypopigmentáció a helyen, néha tartósan
- Nem teljes eltávolítás vagy visszaövé második kezelést igénylő
- Vérzés, fertőzés vagy késleltetett gyógyulás
- Fájdalom vagy égő érzés a kezelés alatt és után
- Idegiritáció — átmeneti zsibbadás (ritka)
- Diagnózis kihagyása — kozmetikai eltávolítás patológia nélkül azt jelenti, hogy az elváltozást nem vizsgálják meg mikroszkóp alatt; gyanús vagy változó elváltozást orvossal kell értékelteni, és szövettani vizsgálatra lehet szükség

Tartsa a helyet fedett és nedvesnek az utasítások szerint, kerülje a krusták lekaparását, és 3 hónapon keresztül használjon napvédelmet az elszíneződés csökkentésére.

Megértem, hogy az eltávolítás mindig hagy nyomot, amely lehet világosabb, sötétebb vagy emelt, és hogy az elváltozás visszakerülhet és újabb kezelésre lehet szükség.

Megértem, hogy a hegek vagy pigmentváltások maradnak: _____

Megértem, hogy a kozmetikai eltávolítás nem tartalmazza a mikroszkópos vizsgálatot, hacsak kifejezetten nem rendelkezik így, hogy gyanús vagy változó elváltozást először dermatológussal kell értékelteni, és hogy őszintén válaszoltam az elváltozásokra vonatkozó kérdésekre.

Megértem, hogy ez az eltávolítás kozmetikai jellegű, és az elváltozást nem vizsgálják meg patológailag, csak ha kifejezetten ezt elrendezik: _____

Fotó Engedély

Készíthetünk előtte és utána fotókat a kezelési feljegyzéshez? *

- ☐ Igen — csak az orvosi feljegyzésemhez
- ☐ Igen — és anonimizált formában használhatják a marketinghez
- ☐ Nem

Szolgáltatási Napló

Csak belső használatra

	Dátum	Elváltozás / Elhelyezkedés	Módszer / Beállítások	Megjegyzések
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Beleegyezés és Aláírás

Önként beleegyezem a fent leírt elváltozás(ok) kozmetikai eltávolításába. Tájékoztattak a előnyökről, kockázatokról, alternatívákról (beleértve az orvosi értékelést és szövettani vizsgálatot), valamint lehetséges szövődményekről, beleértve a hegeképződést és a pigmentváltozást. Megértem, hogy ez egy választható eljárás, és az eredményre vonatkozóan semmilyen garancia nem született. Felmentem az ellátót és a praxist a felelősség alól az erre a kezelésre vonatkozóan, kivéve a gondatlanság eseteit.

Megerősítem, hogy elolvastam és megértettem a fenti információkat, és megadom tájékozott beleegyezésemet.

Eolvastam és megértettem a fenti információkat: _____

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.