

# 점, 피부 태그 및 병변 제거 동의서

고주파, 레이저, 냉동 치료 또는 면도 제거를 통한 피부 태그, 양성 점 및 색소 병변의 미용 제거에 대한 서면 동의 및 병리학 승인

## 고객 정보

이름 \*

성 \*

이메일 주소 \*

전화번호 \*

생년월일 \*

YYYY / MM / DD

## 병변 상세 정보

제거 대상은? \*

☐ 피부 태그

☐ 점 (모반)

☐ 지루성 각화증 / 노인성 반점

☐ 체리 혈관종

☐ 밀리아

☐ 기타

병변 개수 \*

위치 \*

시술 방법 \*

☐ 고주파 / 전기소작

☐ 레이저

☐ 냉동 치료 (냉동)

☐ 면도 제거

☐ 절단 제거

병변이 최근에 다음과 같이 변했나요? \*

☐ 크기가 커짐

☐ 색이 변했거나 여러 색상을 가짐

☐ 불규칙하거나 불균등한 경계

☐ 출혈, 가려움증 또는 딱지가 생김

☐ 30세 이후에 새로 생김

☐ 변화 없음

피부과 의사 또는 의사가 이 병변을 평가했습니까? \*

☐ 예

☐ 아니오

## 의료 이력

현재 임신 중이거나 임신을 시도 중이거나 모유 수유 중입니까? \*

☐ 예

☐ 아니오

다음 중 해당하는 것이 있습니까?

☐ 자가면역질환 (루푸스, 류마티스 관절염, 다발성 경화증 등)

☐ 출혈 장애 또는 항응고제 복용 중

☐ 당뇨병

☐ 켈로이드 또는 비대성 반흔 병력

☐ 암 (현재 또는 지난 5년 이내)

☐ 면역 억제 / 면역 장애

☐ 위의 사항 없음

흑색종 또는 피부암의 개인 또는 가족 병력이 있습니까? \*

☐ 예 ☐ 아니오

심박 조율기나 이식형 전자 기기를 사용 중입니까? \*

☐ 예 ☐ 아니오

켈로이드나 두터운 반흔을 형성하나요? \*

☐ 예 ☐ 아니오

지난 6개월 내에 이소트레티노인(Accutane)을 복용했습니까? \*

☐ 예 ☐ 아니오

혈액 희석제를 복용하고 있습니까? \*

☐ 예 ☐ 아니오

현재 복용 중인 약물 및 보충제

알레르기 (약물, 라텍스, 리도카인, 마취제)

## 위험 및 합병증

잠재적 위험 및 합병증:

- 반흔 형성 — 모든 제거는 흔적을 남기며, 이는 평탄하거나 융기되어 있거나 주변 피부보다 밝거나 어두울 수 있습니다.
- 제거 부위의 색소 과다침착 또는 색소 저하 (때때로 지속될 수 있음)
- 불완전한 제거 또는 재발 (2차 시술 필요)
- 출혈, 감염 또는 지연된 치유
- 시술 중 및 시술 후 통증 또는 작열감
- 신경 자극 — 일시적 감각 이상 (드문 경우)
- 진단 누락 — 병리학 검사 없이 미용 제거하면 병변이 현미경으로 검사되지 않습니다. 의심되거나 변하는 병변은 의사가 평가해야 하며 생검이 필요할 수 있습니다.

지시에 따라 부위를 덮고 촉촉하게 유지하고, 딱지를 뜯지 않으며, 3개월 동안 자외선 차단제를 사용하여 색소 변화를 줄이세요.

제거 후에는 항상 흔적이 남으며, 이는 더 밝거나 어두우거나 융기되어 있을 수 있으며, 병변이 재발하여 재시술이 필요할 수 있음을 이해합니다.

반흔이나 색소 변화가 남을 것임을  
이해합니다.: \_\_\_\_\_

미용 제거는 특별히 추천하지 않는 한 현미경 검사를 포함하지 않으며, 변하거나 의심되는 병변은 먼저 피부과 의사의 평가를 받아야 하며, 병변 질문에 성실하게 답변했음을 이해합니다.

이 제거는 미용 목적이며 특별히 추천하지 않는 한 병변은 병리학적으로  
검사되지 않음을 이해합니다.: \_\_\_\_\_

사진 사용 동의

시술 전후 사진을 의료 기록용으로 촬영해도 됩니까? \*

☐ 예 — 의료 기록용만

☐ 예 — 마케팅용으로 익명으로 사용해도 됩니다

☐ 아니오

서비스 기록

사무실 용도만

|      | 날짜 | 병변 / 위치 | 방법 / 설정 | 참고사항 |
|------|----|---------|---------|------|
| 항목 1 |    |         |         |      |
| 항목 2 |    |         |         |      |
| 항목 3 |    |         |         |      |
| 항목 4 |    |         |         |      |
| 항목 5 |    |         |         |      |
| 항목 6 |    |         |         |      |

동의 및 서명

위에 설명된 병변의 미용적 제거에 자발적으로 동의합니다. 이점, 위험, 대안 (의사 평가 및 생검 포함) 및 반흔 형성 및 색소 변화를 포함한 잠재적 합병증에 대해 설명받았습니다. 이것이 선택적 시술이며 결과에 대한 보장이 없음을 이해합니다. 과실을 제외한 이 시술과 관련된 책임으로부터 의료진 및 진료소를 해제합니다.

위의 정보를 읽고 이해했으며 서면 동의를 제공합니다.

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.