

Zgoda na usunięcie znamion, etykiet skóry i zmian skóry

Świadoma zgoda na kosmetyczne usunięcie etykiet skóry, łagodnych znamion i zmian barwnikowych za pomocą radiofrekwencji, lasera, krioterapii lub nacięcia goleniem, wraz z potwierdzeniem patologicznym

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zmian skóry

Co jest usuwane? *

☐ Etykieta skóry

☐ Znamię (nævus)

☐ Keratoza seborrhoiczna / plamka wiekowa

☐ Naczyniakowatość wiśniowa

☐ Milium

☐ Inne

Liczba zmian *

Lokalizacja *

Metoda *

☐ Radiofrekwencja / Elektrokoagulacja

☐ Laser

☐ Krioterapia (zamrażanie)

☐ Nacięcie goleniem

☐ Nacięcie nożyczkami

Czy zmiana ostatnio zmieniła się w jakikolwiek z tych sposobów? *

☐ Powiększyła się

☐ Zmieniła kolor lub ma wiele kolorów

☐ Nieregularna lub nierówna granica

☐ Krwawi, swędzi lub tworzy strupki

☐ Pojawiła się po 30. roku życia

☐ Brak zmian

Czy dermatolog lub lekarz ocenił tę zmianę? *

☐ Tak ☐ Nie

Historia medyczna

Czy jesteś w ciąży, starasz się zajść w ciążę lub karmisz piersią? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz którykolwiek z poniższych?

- ☐ Choroba autoimmunologiczna (toczeń, RZS, stwardnienie rozsiane, itp.)
- ☐ Zaburzenie krwawienia lub leczenie przeciwzakrzepowe
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Historia keloidów lub blizn hipertroficzych
- ☐ Rak (obecny lub w ciągu ostatnich 5 lat)
- ☐ Upośledzenie odporności / zaburzenie odporności
- ☐ Żadne z powyższych

Czy masz osobistą lub rodzinną historię czerniaka lub raka skóry? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz rozrusznik serca lub implantowane urządzenie elektroniczne? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy tworzysz keloidy lub grube blizny? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy brałaś izotretinoinę (Accutane) w ciągu ostatnich 6 miesięcy? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy bierzesz leki rozrzedzające krew? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Bieżące leki i suplementy

Alergie (leki, lateks, lidokaina, środki znieczulające)

Ryzyka i powikłania

Potencjalne ryzyka i powikłania:

- Bliznowacenie — każde usunięcie pozostawia ślad, który może być płaski, podwyższony, jaśniejszy lub ciemniejszy niż otaczająca skóra
- Hiperpigmentacja lub hipopigmentacja w miejscu zabiegu, czasami trwałą
- Niekompletne usunięcie lub ponowny wzrost wymagające drugiego zabiegu
- Krwawienie, infekcja lub opóźnione gojenie
- Ból lub piekący ból podczas i po zabiegu
- Podrażnienie nerwu — czasowe otępienie (rzadkie)
- Pominięta diagnoza — usunięcie kosmetyczne bez badania patologicznego oznacza, że zmiana nie jest badana pod mikroskopem; podejrzana lub zmieniająca się zmiana powinna być oceniona przez lekarza i może wymagać biopsji

Utrzymiaj miejsce zabiegu przykryte i wilgotne zgodnie z instrukcjami, unikaj łupania strupów i używaj ochrony przed słońcem przez 3 miesiące, aby zmniejszyć zabarwienie.

Rozumiem, że usunięcie zawsze pozostawia jakiś ślad, że może być on jaśniejszy, ciemniejszy lub podwyższony, oraz że zmiana może powrócić i wymagać powtórnego leczenia.

Rozumiem, że zostanie pozostawiony ślad lub zmiana barwnika: _____

Rozumiem, że usunięcie kosmetyczne nie obejmuje mikroskopowego badania, chyba że będzie to specjalnie zaaranżowane, że zmiana podejrzana lub zmieniająca się powinna być najpierw oceniona przez dermatologa, i że odpowiedziałem na pytania o zmianę szczerze.

Rozumiem, że to usunięcie jest kosmetyczne i zmiana nie będzie badana patologicznie, chyba że będzie to specjalnie zaaranżowane: _____

Zgoda na zdjęcia

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

- ☐ Tak — tylko do mojej dokumentacji medycznej
- ☐ Tak — i możecie je używać anonimowo do marketingu
- ☐ Nie

Dziennik usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Zmiana / Lokalizacja	Metoda / Ustawienia	Uwagi
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na kosmetyczne usunięcie zmian opisanych powyżej. Zostałem poinformowany o korzyściach, ryzykach, alternatywach (w tym ocena lekarza i biopsja) oraz potencjalnych powikłaniach, w tym bliznowaceniu i zmianie barwnika. Rozumiem, że jest to procedura fakultatywna i nie udzielono mi żadnej gwarancji wyniku. Zwalniam dostawcę i pracownię z odpowiedzialności związanej z tym leczeniem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i daję moją świadomą zgodę.

Przeczytałem 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.