

# Souhlas se zpevňováním kůže (HIFU / RF / Ultrazvuk)

Informovaný souhlas s nechirurgickým zpevňováním kůže pomocí vysoce fokusovaného ultrazvuku, monopolárního radiofrekvenčního a podobných energetických zařízení

## Informace o klientovi

Jméno \*

Příjmení \*

E-mailová adresa \*

Telefonní číslo \*

Datum narození \*

DD / MM / YYYY

## Podrobnosti o léčbě

Typ léčby \*

- |                                                             |                                                              |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vysoce fokusovaný ultrazvuk (HIFU) | <input type="checkbox"/> Monopolární radiofrekvenční energie |
| <input type="checkbox"/> Bipolární / multipolární RF        | <input type="checkbox"/> Jiné energetické zařízení           |

Ošetřované oblasti \*

- |                                    |                                                              |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Celá tvář | <input type="checkbox"/> Spodní část tváře / linie brady     |
| <input type="checkbox"/> Krk       | <input type="checkbox"/> Obočí / oči                         |
| <input type="checkbox"/> Dekolté   | <input type="checkbox"/> Tělo (břicho, paže, stehna, kolena) |

Podstoupili jste již dříve léčbu energetickým zařízením na zpevňování kůže? \*

☐ Ano ☐ Ne

Měli jste v poslední 4 týdny injekce, neuromodulátory nebo nitě v ošetřované oblasti? \*

☐ Ano ☐ Ne

## Zdravotní anamnéza

Jste těhotná, pokouíváte se otěhotnět nebo kojíte? \*

☐ Ano ☐ Ne

Máte něco z následujícího?

- ☐ Autoimunitní onemocnění (lupus, RA, MS atd.)
- ☐ Poruchová srážlivost krve nebo užívání antikoagulancií
- ☐ Diabetes
- ☐ Anamnéza keloidu nebo hypertrofické jizvy
- ☐ Rakovina (v současnosti nebo v posledních 5 letech)
- ☐ Imunosuprimovaný / porucha imunity
- ☐ Žádné z výše uvedených

Máte kardiostimulát, defibrilátor nebo jiné implantované elektronické zařízení? \*

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte v cestě léčby kovové implantáty, desky nebo zubní implantáty? \*

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte v ošetřované oblasti trvalé výplně, implantáty nebo nitě? \*

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte v ošetřované oblasti aktivní akné, infekci, herpes labialis nebo otevřené rány? \*

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte Bellův opar, problémy s obličejovým nervem nebo neuromuskulární onemocnění? \*

- ☐ Ano ☐ Ne

Užívali jste izotretinoin (Accutane) v posledních 6 měsících? \*

- ☐ Ano ☐ Ne

Současné léky a doplňky

Alergie (léky, latex, lidokain, anestetika)

## Rizika a komplikace

### Možná rizika a komplikace:

- Zčervenání, otoky a citlivost trvající hodiny až dny
- Mravenčení, necitlivost nebo dráždění nervu – obvykle dočasné; vzácně trvající týdny (HIFU)
- Hematómy nebo malá puchýře podél linií léčby, které se zpravidla zhojená několik dní
- Popálení nebo puchýře pokud je energie aplikována příliš povrchně (vzácné)
- Ztráta tuku nebo změna kontury při nadměrné energii v tenkých oblastech (vzácné)
- Dočasné oslabení svalů kolem úst nebo obočí (vzácné)
- Změna pigmentace (vzácné)
- Omezený výsledek – zpevnění je postupné v průběhu 2-6 měsíců a skromné ve srovnání s chirurgií; někteří lidé vidí malou změnu

Nepříjemné pocity během léčby jsou běžné a lze je zvládnout úlevou od bolesti nebo znecitlivěním.

Rozumím, že nechirurgické zpevňování kůže produkuje postupné, jemné výsledky během několika měsíců, že někteří lidé nereagují, a že to není náhrada za chirurgii.

Rozumím, že výsledek je postupný, skromný a není zaručen: \_\_\_\_\_

Rozumím, že může dojít k dočasné necitlivosti, mravenčení, oslabení svalů, popálení a ke změně tuku nebo kontury, a že jsem zpřístupnil všechny implantáty a injekce v ošetřované oblasti.

Rozumím riziku nervových efektů, popálenin a změny kontury: \_\_\_\_\_

## Souhlas s fotografií

Smíme pořizovat fotografie před a po léčbě na lékařský záznam? \*

- ☐ Ano – pouze pro můj lékařský záznam
- ☐ Ano – a můžete je používat anonymně pro marketing
- ☐ Ne

## Protokol služby

Pouze pro interní potřebu

|          | Datum | Oblast | Zařízení / hloubka / počet linií / energie | Poznámky |
|----------|-------|--------|--------------------------------------------|----------|
| Záznam 1 |       |        |                                            |          |
| Záznam 2 |       |        |                                            |          |
| Záznam 3 |       |        |                                            |          |
| Záznam 4 |       |        |                                            |          |
| Záznam 5 |       |        |                                            |          |
| Záznam 6 |       |        |                                            |          |

## Souhlas a podpis

Dobrovolně souhlasím s nechirurgickou léčbou zpevňování kůže. Byl jsem informován o přínosech, rizicích, alternativách a možných komplikacích. Rozumím, že se jedná o volitelný kosmetický zákrok a že nebyla dána žádná záruka výsledku. Zbavuji poskytovatele a kliniky odpovědnosti za komplikace související s touto léčbou, s výjimkou případů nedbalosti.

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

Přečetl 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.