

Bőrfeszítési beleegyezés (HIFU / RF / Ultrahang)

Tájékozott beleegyezés nem sebészeti bőrfeszítéshez nagy intenzitású fókuszált ultrahang, monopoláris rádiófrekvencia és hasonló energiaeszközök használatával

Kliens adatai

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail cím *

Telefonszám *

Születési dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Kezelés részletei

Kezelés típusa *

- ☐ Nagy intenzitású fókuszált ultrahang (HIFU) ☐ Monopoláris rádiófrekvencia
☐ Bipoláris / multipoláris RF ☐ Egyéb energiaeszköz

Kezelés területei *

- ☐ Teljes arc ☐ Alsó arc / Állkapocs
☐ Nyak ☐ Szemöldök / Szemek
☐ Dekoltázs ☐ Test (hasfalak, karok, combok, térdrészek)

Volt már korábban bőrfeszítő energiabehandlása? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Volt filler, neurotoxin vagy szál bejuttatás a területen az elmúlt 4 hétben? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Orvosi anamnézis

Terhes vagy, igyekszel teherbe esni, vagy szoptatsz? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e valami közül?

- ☐ Autoimmun betegség (lupusz, reumatoid arthritisz, MS stb.)
- ☐ Vérzési rendellenesség vagy véralvadásgátló szedése
- ☐ Cukorbetegség
- ☐ Keloid vagy hipertrófiás heg előzménye
- ☐ Rák (jelenlegi vagy az elmúlt 5 évben)
- ☐ Immunszuppresszió / immunrendszeri betegség
- ☐ A fentiek közül egyik sem

Van-e pacemakered, defibrillátorod vagy más beültethető elektronikus eszközöd? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e fémes implantátum, lemez vagy fogászati implantátum a kezelési pályán? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e állandó filler, implantátum vagy szál a kezelési területen? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e aktív pattanás, fertőzés, herpes vagy nyitott seb a területen? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Van-e Bell-féle felharapófájása, arcidegeinek problémája vagy neuromuszkuláris rendellenességed? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Szedtél isotretinoitt (Accutane-t) az elmúlt 6 hónapban? *

- ☐ Igen ☐ Nem

Jelenlegi gyógyszerek és étrend-kiegészítők

Allergiák (gyógyszerek, latex, lidokain, érzéstelenítők)

Kockázatok és szövődmények

Lehetséges kockázatok és szövődmények:

- Vörösség, duzzanat és érzékenység óráktól napokig
- Bizsergés, zsibbadás vagy ideg-irritáció – általában ideiglenes; ritkán hetekig tartó (HIFU)
- Véraláfutás vagy kis hólyagok a kezelési vonalak mentén, amely napok alatt gyógyul
- Égési sérülések vagy hólyagzódás, ha az energia túl felületesen kerül leadásra (ritka)
- Zsír- vagy kontúrvesztés túlzott energiával vékony területeken (ritka)
- Ideiglenes izomgyengülés a szájkörül vagy szemöldökön (ritka)
- Pigmentváltozás (ritka)
- Korlátozott eredmény – a feszesítés fokozatos, 2-6 hónap alatt történik, és szerényebb, mint a műtét; egyes emberek alig látnak változást

A kezelés során jelentkező kellemetlenség gyakori, és fájdalomcsillapítással vagy érzéstelenítéssel kezelhető.

Tudomásul veszem, hogy a nem sebészeti bőrfeszítés fokozatos, szerény eredményt hoz több hónapon át, hogy egyes emberek nem reagálnak, és hogy ez nem helyettesíti a műtétet.

Tudomásul veszem, hogy az eredmény fokozatos, szerény és nem garantált: _____

Tudomásul veszem, hogy ideiglenes zsibbadás, bizsergés, izomgyengülés, égési sérülések és zsír- vagy kontúrváltozás fordulhat elő, és hogy közöltem az összes implantátumot és injekciót a kezelési területen.

Tudomásul veszem az ideg-hatások, égési sérülések és kontúrváltozás kockázatát: _____

Fotó-felhasználási engedély

Készíthetünk-e előtte-utána fényképeket a kezelési rekordodhoz? *

- ☐ Igen – csak az orvosi rekordomomhoz
- ☐ Igen – és anonim módon marketingre is használhatjátok
- ☐ Nem

Szolgáltatási napló

Csak belső használatra

	Dátum	Terület	Eszköz / Mélység / Vonalak / Energia	Megjegyzések
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Beleegyezés és aláírás

Önként beleegyezem a nem sebészeti bőrfeszítő kezelésbe. Tájékoztatást kaptam az előnyökről, kockázatokról, alternatívákról és lehetséges szövődményekről. Tudomásul veszem, hogy ez egy választott kozmetikai eljárás, és az eredményre vonatkozóan garancia nem történt. Felszabadítom az orvost és a gyakorlatot az ezzel a kezeléssel kapcsolatos felelősség alól, kivéve a gondatlanság eseteit.

Megerősítem, hogy elolvastam és értem a fenti információkat, és tájékozott beleegyezésemet adom.

Elovastam és értem 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.