

Zgoda na zabiegi lifting skóry (HIFU / RF / Ultradźwięk)

Świadoma zgoda na zabiegi lifting skóry bez chirurgii przy użyciu fokusowanego ultradźwięku o wysokiej intensywności, radiofrekwencji monopolarnej i podobnych urządzeń energetycznych

Informacje klienta

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Typ zabiegu *

- ☐ Fokusowany ultradźwięk o wysokiej intensywności (HIFU)
- ☐ Radiofrekwencja monopolarna
- ☐ Radiofrekwencja bipolarna / multipolarna
- ☐ Inne urządzenie energetyczne

Obszary zabiegu *

- ☐ Całą twarz
- ☐ Dolna część twarzy / Linia szczęki
- ☐ Szyja
- ☐ Brew / Oczy
- ☐ Dekolté
- ☐ Ciało (brzuch, ramiona, uda, kolana)

Czy wcześniej miałeś/łaś zabiegi lifting skóry za pomocą energii? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy miałeś/łaś wypełniacz, neurotoksynę lub wątki w obszarze w ostatnich 4 tygodniach? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Historia medyczna

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

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz którąś z poniższych chorób?

- ☐ Choroba autoimmunologiczna (toczeń, reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane itp.)
- ☐ Zaburzenie krwawienia lub przyjmowanie leków rozrzedzających krew
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Historia bliznowców keloidowych lub hipertroficznyc
- ☐ Nowotwór (obecny lub w ostatnich 5 latach)
- ☐ Upośledzenie odporności / zaburzenie układu immunologicznego
- ☐ Nic z powyższego

Czy masz rozrusznik serca, defibrylator lub impulsowany implant elektroniczny? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz implanty metalowe, płytki lub implanty dentystyczne w ścieżce zabiegu? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz trwałe wypełniacz, implanty lub wątki w obszarze zabiegu? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz aktywne trądzik, infekcję, opryszczkę lub otwarte rany w obszarze zabiegu? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz porażenie Bella, problemy z nerwem twarzowym lub zaburzenie neuromuskularne? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy brałeś/łaś izotretinoinę (Accutane) w ostatnich 6 miesiącach? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Obecne leki i suplementy

Alergie (leki, lateks, lidokaina, znieczulające)

Ryzyko i powikłania

Potencjalne ryzyko i powikłania:

- Zaczerwienienie, obrzęk i czułość przez godziny do dni
- Mrówienie, drętwienie lub podrażnienie nerwu — zwykle tymczasowe; rzadko trwające tygodnie (HIFU)
- Siniaki lub małe opuchlizny wzdłuż linii zabiegu, które znikają w ciągu dni
- Oparzenia lub pęcherze jeśli energia jest dostarczana zbyt powierzchownie (rzadkie)
- Utrata tkanki tłuszczowej lub zmiana konturu w wyniku nadmiernej energii w cienkich obszarach (rzadkie)
- Tymczasowe osłabienie mięśni wokół ust lub brwi (rzadkie)
- Zmiana pigmentacji (rzadkie)
- Ograniczony efekt — zaostrzenie jest stopniowe w ciągu 2-6 miesięcy i skromne w porównaniu z chirurgią; niektórzy ludzie widzą niewiele zmian

Dyskomfort podczas zabiegu jest powszechny i można go kontrolować za pomocą środków przeciwbólowych lub znieczulających.

Rozumiem, że zabiegi lifting skóry bez chirurgii dają stopniowe, subtelne efekty w ciągu kilku miesięcy, że niektórzy ludzie nie reagują na zabieg i że nie jest to zamiennik chirurgii.

Rozumiem, że efekt jest stopniowy, skromny i nieporęczony: _____

Rozumiem, że może dojść do tymczasowego drętwienia, mrowienia, osłabienia mięśni, oparzeń oraz utraty tkanki tłuszczowej lub zmiany konturu, a także że ujawniłem/ujawniłam wszystkie implanty i zastrzyki w obszarze zabiegu.

Rozumiem ryzyko efektów nerwowych, oparzeń i zmiany konturu: _____

Zgoda na zdjęcia

Czy możemy zrobić zdjęcia przed i po zabiegu na potrzeby Twojej dokumentacji medycznej? *

- ☐ Tak — tylko na potrzeby mojej dokumentacji medycznej
- ☐ Tak — i możesz je używać anonimowo do celów marketingowych
- ☐ Nie

Rejestr usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Urządzenie / Głębokość / Linie / Energia	Notatki
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na zabieg lifting skóry bez chirurgii. Zostałem/aam poinformowany/a o korzyściach, ryzyku, alternatywach i potencjalnych powikłaniach. Rozumiem, że jest to fakultatywny zabieg kosmetyczny i nie została udzielona żadna gwarancja wyniku. Zwalniam dostawcę usług i placówkę z odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem, za wyjątkiem przypadków zaniedbania.

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

Przeczytałem/am 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.