

KARTA KONSULTACYJNA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Czy występują choroby przewlekłe? Jakże?

.....

Czy są zażywane leki przewlekłe, dostępne też bez recepty? Jakże?

.....

Zabieg z którego chce Pan/Pani skorzystać:

- epilacja laserowa
- zamykanie poszerzonych naczynek
- fotoodmładzanie
- rozjaśnianie przebarwień
- laserowe leczenie trądziku
- fale radiowe

Przeciwwskazania:

- ciąża, karmienie piersią
 - choroby wewnętrzne: nowotwór, cukrzyca, aktywna infekcja, epilepsja, alergia
 - zmieniony kolor skóry: opalenizna, samoopalacz
 - choroby skóry: aktywna opryszczka, obecność zmian barwnikowych albo bielactwa, łuszczyca, liszaj płaski, fotodermatozy np. toczeń rumieniowaty układowy
 - stosowanie kremu Retinol, miejscowych maści z antybiotykiem
 - stosowanie leków światłoczułujących (sulfonamidy, retinoidy, tetracykliny)
 - przyjmowanie innych leków w chwili obecnej:
-
- przyjmowanie ziół (dziurawiec, nagietek, bratek)
 - aspiryna (należy przestać zażywać 1 tydzień przed zabiegiem)
 - witaminy A i E (należy przestać zażywać ok. 5 dni przed zabiegiem naświetlania)
 - depilacja woskiem i pęsetą (należy przestać stosować 1 miesiąc przed zabiegiem epilacji laserowej)
 - skłonności do bliznowacenia i przebarwień
 - botoks i wypełniacz w miejscu zabiegu
 - zabiegi kosmetyczne lub medyczne wykonywane w ciągu ostatnich 3 miesięcy:
-

Przeciwwskazania do wykonywania zabiegu falami radiowymi:

- ciąża
- miesiączka
- metalowe, plastikowe lub silikonowe elementy
- instrumenty medyczne i elektroniczne, takie jak aparat słuchowy, rozrusznik serca
- padaczka
- wysokie ciśnienie
- cukrzyca
- choroby skóry
- choroby serca
- nadwrażliwość na prąd elektryczny
- terapia hormonalna
- botoks i wypełniacz w miejscu zabiegu

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o procedurze zabiegu, wszystkich czynnościach z nim związanych, korzyściach oraz ewentualnych skutkach ubocznych. Miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów zabiegu, na które otrzymałam/em wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi. Jestem świadom/a, że efekty mogą być inne niż przeze mnie oczekiwane (głównie dotyczące ilości zabiegów).

Oświadczam, że zapoznałam/em się z ryzykiem wybranego przeze mnie zabiegu, w szczególności z informacją o możliwości pojawienia się skutków niepożądanych. Po zabiegu technologią IPL/RF mogą pojawić się objawy niepożądane, takie jak: świąd, pieczenie, zaczerwienienie, obrzęk, opuchlizna, pęcherzyki, poparzenie, przesuszenie, pieczętka.

Oświadczam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą oraz że nie przemilczałam/em żadnych informacji, które mogą być istotne dla zabiegów. W opisanych powyżej okolicznościach dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na oznaczony na wstępie zabieg.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000)

.....
Podpis osoby wykonującej zabieg

.....
Data

.....
Podpis Pacjentki/Pacjenta