

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Adres

Telefon

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY MEZOTERAPIA MIKROIGŁOWA/IGŁOWEJ

Przeciwwskazania:

- Tendencja do tworzenia keloidów czy blizn hipertoficznych
- Alergia na stal nierdzewną
- Alergia na składniki ampułki wykorzystanej do zabiegu
- Zaburzenia krwawienia czy inne choroby krwi jak hemofilia
- Nieuregulowane skoki ciśnienia krwi, choroby serca
- Cukrzyca
- Liczne zmiany łojotokowe, atopowe zapalenie skóry, łuszczycy, trądzik, teleangietazje, trądzik różowaty
- 3 miesiące od zakończenia kuracji Roaccutane (isotretinoina)
- Choroba nowotworowa (5 lat po wyleczeniu)
- Radioterapia (1 rok po naświetlaniu)
- Słaba zdolność gojenia się ran
- Aktywna opryszczka czy inna chroniczna infekcja czy chroniczny stan chorobowy na obszarze, który ma być poddany zabiegowi
- Brak czucia na obszarze, który ma być poddany zabiegowi
- Ciąża lub karmienie piersią
- Okres po inwazyjnych zabiegach laserowych (zależnie od liczby zabiegów należy stosować zalecane odstępy czasowe)
- Okres przyjmowania leków, preparatów homeopatycznych, witamin czy ziół, mogących rozrzedzać krew
- Wypełniacze czy botoks w ciągu ostatnich 3 miesięcy na twarz czy usta
- Operacje plastyczne przebyte w ciągu ostatnich 4 miesięcy
- Zabiegi iniekcji permanentnymi wypełniaczami, które zostały wstrzyknięte w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- Stosowanie kortykosteroidów na obszarze zabiegu, jak i w przypadku zcienienia skóry z innego powodu

Informacje o stanie zdrowia klienta	Tak	Nie
Zażywam antykoagulanty		
Stosuję codziennie koagulanty		
Używam kortykosteroidów (doustnie)		
Jestem młodsza/y niż 18 lat		
Cierpię na chorobę autoimmunologiczną		
Jestem w ciąży lub karmię piersią		
Cierpię na poważną egzemę lub łuszczycę		
Posiadam aktywną opryszczkę w obszarach poddawanych zabiegowi		
Mam niestabilną cukrzycę		
W ostatnich 6 miesiącach poddałam/łem się operacji w obszarach poddawanych zabiegowi (prosimy o uwzględnienie operacji dotyczących uzębienia również). Jeśli Tak jakie?		
W przeszłości poddawałam/łem się zabiegom polegającym na ostrzykiwaniu bądź wypełnianiu. Jeśli Tak jakie i czy były komplikacje?		

Inne informacje dotyczące zabiegów medycznych:

Informacje dotyczące efektów i zalecenia po zabiegu mezoterapii mikroigłowej

- Procedura zabiegowa może spowodować zaczerwienienia bądź drobne zasinienia w obszarze zabiegowym, które to znikną w ciągu kilku dni
- Istnieje możliwość, iż w trakcie bądź po zabiegu wystąpi lekkie opuchnięcie, które ustąpi po kilku dniach
- Przy kontakcie igły z drobnymi naczynkami może wystąpić lekkie krwawienie
- Nie zaleca się używania makijażu na obszarze poddanym zabiegowi do momentu ustąpienia wszystkich objawów niepożądanych i ograniczać wszelki kontakt ze skórą po zabiegu
- Zabrania się opalania w pełnym słońcu przez okres dwóch tygodni po zabiegu
- Zabrania się korzystania z sauny i kąpeli parowych przez okres dwóch tygodni po zabiegu

Zostałem wyczerpująco poinformowana(y) o:

- Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- Technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- Pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- Możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- Wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu,
- Sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- Czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- Czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg,
- Minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu uzależnione są od wieku i stanu skóry, oraz że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. W trakcie rozmowy z wykonującym miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu.

Podpisując niniejszą zgodę oświadczam, iż dane podane powyżej zgodne są ze stanem faktycznym. W przypadku, gdy wystąpią inne efekty uboczne niż te wskazane powyżej obliguję się powiadomić wykonującego zabieg jak najszybciej. W przypadku gdy w trakcie kuracji Mezoterapii Mikroigłowej nastąpią zmiany co do podanych powyżej informacji o stanie zdrowia prosimy o niezwłocznie powiadomienie wykonującego zabieg.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska, nr telefonu oraz adresu poczty elektronicznej przez Beauty Medica Sp. z o.o z siedzibą w Katowice ul. Józefowska 135 w celach marketingowych tej firmy związanych z prowadzoną przez nią działalnością gospodarczą, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst pierwotny Dz.U. 1997 Nr 133, poz. 983 z późn. zm., ze zmianami Dz.U. 2002 Nr 101, poz. 926 -dalej Ustawa).

Oświadczam, że jako nałamałem(na) powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.



BEAUTY ESTHETIC
ACADEMY

.....
Podpis osoby wykonującej

.....
Data i podpis pacjenta