

DANE OSOBY PODDAWANEJ ZABIEGOWI

Imię i nazwisko

Numer telefonu

E-mail

Rok urodzenia

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE ZABIEGU Z UŻYCIEM LASERA typu Q-SWITCH

Przed zabiegiem, została przeprowadzona ze mną rozmowa, w której osoba przeprowadzająca zabieg poinformowała mnie wyczerpująco o wszelkich okolicznościach zabiegu, jego celu, sposobu jego przeprowadzenia, przeciwwskazaniach i ryzyku powikłań oraz udzieliła mi informacji co do wymaganego zachowania po zabiegu.

Ustalono, iż celem zabiegu laserowego jest:

- usunięcie tatuażu jednokolorowego
- usunięcie tatuażu wielokolorowego
- usunięcie makijażu permanentnego brwi
- usunięcie makijażu permanentnego powiek
- usunięcie przebarwień skóry
- wykonanie peelingu węglowego

Poinformowano mnie, że efekty zabiegu uzależnione są od wielu czynników, w tym od wieku, biochemii i rodzaju skóry, miejsca zastosowania, wobec czego nie da się w pełni zagwarantować oczekiwanych wyników zabiegu, ani że będą one identyczne w przypadku każdego klienta. Ilość zabiegów oraz ich efekt jest uwarunkowany dla każdej osoby indywidualnie.

Przeciwwskazania do zabiegu

Zostałem/am poinformowany/a o następujących przeciwwskazaniach do zabiegu, wobec czego oświadczam, że:

- nie jestem w ciąży ani w okresie laktacji
- nie mam rozrusznika serca
- nie mam zaburzenia pigmentacji
- nie mam łuszczycy (w fazie aktywnej)
- nie mam nieustabilizowanej cukrzycy
- nie mam hemofilii
- nie mam choroby nowotworowej
- nie mam żółtaczki żadnego typu
- nie jestem nosicielem wirusa HIV
- nie mam arytmii serca
- nie mam epilepsji
- nie jestem zarażona wirusem opryszczki
- nie mam nadpobudliwości nerwowej ani tików nerwowych
- nie mam utraty czucia
- nie mam skóry z tendencjami do keloidów i blizn
- nie miałem/am złamań (w obszarze zabiegu) w okresie ostatnich trzech miesięcy przed zabiegiem
- nie jestem w trakcie kuracji sterydowej
- nie zażywam witaminy B
- nie zażywałem/am retinoidów stosowanych doustnych i zewnętrznie (np. Roaccutane) w okresie ostatnich sześciu miesięcy przed zabiegiem
- nie jestem w trakcie antybiotykoterapii
- nie stosuję leków rozrzedzających krew (np. Aspiryna, Heparyna, Acard, itp.)
- nie stosuję leków diuretycznych
- nie stosuję leków anti-arytmicznych
- nie stosuję sulfonamidy

- nie stosuję leków przeciwgrzybiczych
- nie stosuję leków do aplikacji miejscowej w obszarze objętym zabiegiem
- nie zażywałem/am środków światłouczuleniowych (dziurawiec, nagietek) w okresie ostatnich siedmiu dni przed zabiegiem
- nie mam opalanej skóry lub po ekspozycji na promieniowanie UV przez w okresie ostatnich czterech tygodni przed zabiegiem (ekspozycja słoneczna, solarium)
- nie miałem/am przeprowadzonego żędnego zabiegu złuszczenia naskórka przez w okresie ostatnich czterech tygodni przed zabiegiem (w obszarze poddawanych zabiegowi)
- nie spożywałem/am alkoholu i środków odurzających w przeciągu ostatnich dwudziestu czterech godzin przed zabiegiem
- nie mam podwyższonej temperatury i przeziębienia w dniu zabiegu

-

Możliwe, naturalne reakcje organizmu na zabieg

Zostałem/am poinformowany/a o przebiegu zabiegu, możliwości wystąpienia dyskomfortu podczas zabiegu i możliwości wystąpienia naturalnych dla tego typu zabiegów reakcji organizmu:

- uczucie pieczenia
- świąd skóry podrażnienia czasowego obszaru poddanego zabiegowi (zaczerwienienie, obrzęk) utrzymujące się do tygodnia
- przemijających przebarwień skóry (odbarwień skóry),
- blizny
- zbieżenie włosów (w przypadku usuwania makijażu permanentnego brwi) lub owłosionej skóry poddawanej zabiegowi

Możliwe powikłania

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań po zabiegu w postaci:

Ryzyko wystąpienia - częste:

- przedłużający się obrzęk
- przedłużający się rumień
- strupki i pęcherzyki
- reakcje alergiczne na zastosowane znieczulenie

Ryzyko wystąpienia - rzadkie:

- bliznowacenie
- reakcja alergiczna na światło lasera

Ryzyko wyst. – bardzo rzadkie:

- zakażenie wirusowe
- zakażenie bakteryjne
- tymczasowe lub trwałe zmiany w kolorze i strukturze skóry

Zobowiązania pozabiegowe

Zostałem/łam poinformowany/a o konieczności stosowania się do następujących zaleceń pozabiegowych, których nieprzestrzeganie może spowodować poważne powikłania:

- stosować preparat pozabiegowy
- miejsce poddane zabiegowi traktować ze szczególną ostrożnością
- nie dotykać, nie masować ani nie uciskać miejsc poddanych zabiegowi
- nie stosować makijażu na obszarze poddanym zabiegowi do momentu ustąpienia wszystkich objawów niepożądanych
- zachować wysoką higienę dłoni, istnieje bowiem duże ryzyko wtórnego zakażenia
- unikać silnej ekspozycji słonecznej przez okres czterech tygodni po zabiegu i stosować kremy z wysokim filtrem UV
- nie korzystać z solarium przez okres czterech tygodni po zabiegu
- nie stosować samoopalaczy przez okres czterech tygodni po zabiegu
- nie korzystać z basenu i sauny przez okres czterech dni po zabiegu
- nie stosować antyperspirantu przez okres siedmiu dni po depilacji pach
- nie poddawać się zabiegowi krioterapii przez okres dwóch tygodni po zabiegu
- unikać alkoholu przez 72 godziny po zabiegu
- unikać wzmoczonego wysiłku fizycznego przez 48 godzin po zabiegu
- nie poddawać się zabiegom peelingu chemicznego i mechanicznego przez okres trzech tygodni po zabiegu (dotyczy miejsca poddanego zabiegowi).

UWAGA

Utrzymywanie się reakcji zapalnych przez okres dłuższy niż tydzień lub wystąpienie jakichkolwiek reakcji niepożądanych należy niezwłocznie zgłosić i/lub należy skorzystać z porady dermatologa.

...

Oświadczenie i zgoda na zabieg

Oświadczam, że przeczytałem/am ze zrozumieniem całe powyższe oświadczenie oraz że świadomie i dobrowolnie poddaje się zabiegowi. Treść tego dokumentu była ze mną szczegółowo omówiona przed zabiegiem. Miałem/am możliwość zadawania pytań i uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi. Procedury zabiegu zostały mi przedstawione w sposób przystępny.

Data

Podpis Klienta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez (wpisać nazwę firmy) zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) w celu wykonania usługi.

Podpis Klienta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) w celach marketingowych. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 3 Ustawy o ochronie danych osobowych.

Podpis Klienta

KARTA INFORMACYJNA (wypełniana przez pracownika gabinetu kosmetycznego)

Miejsce zabiegu

Opis miejsca zabiegowego

.....

.....

.....

W przypadku usuwania tatuażu lub makijażu permanentnego:

Data wykonania pierwszej pigmentacji

Data wykonania ostatniej pigmentacji

Czy w miejscu wykonania zabiegu rozjaśnienia lub usunięcia lub tatuażu lub makijażu permanentnego będzie wykonany nowy tatuaż lub makijaż permanentny?

TAK

NIE

Czy istniejący tatuaż lub makijaż permanentny był już wcześniej rozjaśniany lub usuwany?

TAK

NIE

Jeżeli TAK, to jaką metodą był usuwany?

Przybliżona ilość zabiegów wymaganych dla pożądanego efektu w odstępach minimum 8 tygodniowych

Daty kolejnych zabiegów:

2.

3.

4.

Podpis Klienta