



Matgorzata Świątek

INSTYTUT KOSMETOLOGII

ZGODA NA ZABIEG LASEREM DIODOWYM THE EPI LAB

IMIĘ I NAZWISKO:

ZAMIESZKANIE:

DATA URODZENIA:

TELEFON:

EMAIL:

WSKAZANIA DO ZABIEGU LASEREM DIODOWYM THE EPI LAB:

Epilacja | Fotoodmładzanie | Leczenie zmian trądzikowych | Grzybica

KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNY:

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczył(a)/przebył(a) Pan/i:

Choroby w stadium aktywnym/przewlekłe:

Tak Nie

Szczegóły:

Operacje/ Hospitalizacja:

Tak Nie

Szczegóły:

Jestem w trakcie leczenia:

Tak Nie

Szczegóły:

Wrażliwość na leki:

Tak Nie

Szczegóły:

KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNY:

Proszę zaznaczyć jeżeli występuje/ą u Pani/Pana:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ciąża i karmienie piersią | <input type="checkbox"/> Cukrzyca |
| <input type="checkbox"/> Znamiona barwnikowe | <input type="checkbox"/> Gorączka |
| <input type="checkbox"/> Tatuże | <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy |
| <input type="checkbox"/> Infekcja bakteryjna lub wirusowa (np. aktywna opryszczka) | <input type="checkbox"/> Leki światłouczulające, zioła światłouczalające np.dziurawiec lub nagietek |
| <input type="checkbox"/> Zażywanie doustnych retinoidów - aby wykonać zabieg, musi minąć 6 miesięcy od zakończenia leczenia | <input type="checkbox"/> Choroby dermatologiczne skóry np: fotodermatozy, skłonności do przebarwień |
| <input type="checkbox"/> Stosowanie maści z retinolem (retinoidów miejscowych) w miejscu wykonania zabiegu - aby wykonać zabieg, musi minąć miesiąc od zakończenia leczenia | <input type="checkbox"/> Metalowe implanty, rozrusznik serca |
| <input type="checkbox"/> Iniekcje, kwas hialuronowy, implanty, botox w miejscu wykonywania zabiegu | <input type="checkbox"/> Choroby autoimmunologiczne: np.toczeń, twardzina, bielactwo, łuszczycza |
| <input type="checkbox"/> Epilepsja | <input type="checkbox"/> Infekcja w okolicy zabiegu |
| | <input type="checkbox"/> Choroby psychiczne |
| | <input type="checkbox"/> Choroby układu nerwowego |
| | <input type="checkbox"/> Choroby nowotworowe |

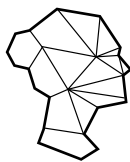
INFORMACJE DODATKOWE:

W celu uzyskania optymalnych efektów kuracji należy przed zabiegiem wziąć pod uwagę wszystkie wskazania i przeciwwskazania, a po zabiegu stosować się do ogólnych i indywidualnych zaleceń. Po zabiegu trzeba regularnie stosować zalecone przez terapeutę kremy i chronić skórę przed słońcem, stosując preparaty z filtrem. Przez dwa tygodnie po zabiegu nie wolno stosować preparatów zawierających kwas glikolowy, retinol i alkohol.

PO ZABIEGU MOŻE WYSTĄPIĆ:

- Rumień
- Uaktywnienie opryszczki, infekcje bakteryjne w obszarze skóry poddanej zabiegowi
- Hipopigmentacje, hiperpigmentacje
- Przejściowe przebarwienia (głównie u osób nie stosujących filtrów przeciwsłonecznych lub u osób zdrapujących złuszczający się naskórek, czy skoagulowane naczynie
- przy zabiegach z głowicą VAS)
- Poparzenie, jeżeli pacjent/ka stosowała na skórę preparaty z opłatkami złota (do 4 tygodni)

Zapoznałam się z możliwymi niepożądanymi reakcjami po zabiegu i zobowiązuję się do przestrzegania otrzymanych zaleceń. Nie bierzemy odpowiedzialności w sytuacji, gdy zostaliśmy wprowadzeni w błąd i podpisane oświadczenie jest niezgodne z prawdą. Terapeuta nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia, ponieważ jest to uwarunkowane wieloma czynnikami. Nie ponosi odpowiedzialności za ryzyko związane z zastosowaniem wyżej wymienionego zabiegu. Możliwe skutki uboczne wynikające z niedostosowania się do przeciwwskazań: blizny, małe strupki, poparzenia, hiperpigmentacje, hipopigmentacje. Prosimy o zadanie wszystkich pytań związanych z zabiegiem.



Matgorzata Świątek

INSTYTUT KOSMETOLOGII

PRZECIWSKAZANIA DO ZABIEGÓW Z UŻYCIEM LASERA THE EPI LAB

PRZEDSTAWIONA PONIŻEJ LISTA PRZECIWSKAZAŃ MA NA CELU ZAPEWNIENIE NAJWYŻSZEGO BEZPIECZEŃSTWA ZABIEGU, ALE RÓWNIEŻ UZYSKANIE JAK NAJLEPSZYCH EFEKTÓW EPILACJI LASEROWEJ.

- Bielactwo, padaczka oraz inne choroby autoimmunologiczne
- Łuszczyca w miejscu zabiegowym
- Guzy i nowotwory (przebyty rak skóry, czerniak złośliwy)
- Aktywne zmiany wirusowe i bakteryjne na skórze objętej zabiegiem - wymagany miesiąc przerwy po wygojeniu infekcji
- Rozrusznik serca, pompa insulinowa (chyba, że lekarz wyda zgodę)
- Cukrzyca nieuregulowana
- Zaburzenia krzepnięcia krwi
- Stosowanie leków obniżających krzepliwość krwi
- Aktywna opryszczka w miejscu zabiegu
- Świeże zabiegi chirurgiczne
- Ciąża, karmienie piersią
- Balsamy brązujące, kremy, emulsje samoopalające i z drobkami złota (2-3 tygodnie przed zabiegiem)
- Świeża opalenizna, ale tylko w przypadku poparzenia skóry - pacjent ze skórą czerwoną (czekamy do zbrązowienia skóry ok. 2 tygodnie)
- Włosy wydepilowane woskiem, pensetą, depilatorem, kremem do depilacji (3-4 tygodnie przed zabiegiem)
- Preparaty retinoidalne oraz kremy z kwasami i substancjami ziołowymi np.: krem z nagietka, maści sterydowe (należy zakończyć kurację na 3 tygodnie przed zabiegiem) w miejscu poddanym zabiegowi
- Spożywanie ziół fotouczulających (dziurawiec, nagietek, mieszanki ziołowe np. Skrzypovita, Figura itp. - należy zakończyć przyjmowanie w/w ziół na 2 tygodnie przed zabiegiem)
- Przyjmowanie leków światłoczułych (np. tetracykliny):
 - antybiotyki (np: tetracykliny, azytromycyna, ciprofloksacyna, kotrymoksazol, nitrofurantoina, doksycyklina, metronidazol)
 - leki homeopatyczne, steroidowe
 - niektóre leki przeciwnadciśnieniowe, nasercowe (amilorid, amiodaron, atenolol, bisoprolol, kaptopryl, diltiazem, enalapryl, enarenal)
 - niektóre leki przeciwcukrzycowe (tolbutamid, glipizyd, metformina, sulfonamidy)
 - tiazydowe środki moczopędne (hydrochlorotiazyd, bendroflumentiazyd, bemetizyd)
 - środki przeciwbólowe (np. Ketonal, Ibum, Ibuprofen, Polopiryna, Aspiryna, Pyralginum i inne, dozwolone Apap, Paracetamol)
 - niesteroidowe środki przeciwreumatyczne
 - niektóre środki przeciwbakteryjne i przeciwgrzybiczne (terbinafina, ketokonazol, gryzeofulwina)
- Zażywanie doustnych retinoidów - pół roku przed depilacją, wg wskazań lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Zostałam/em poinformowany/a o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, sposobie przeprowadzenia zabiegu, o następstwach i możliwych powikłaniach w postaci delikatnego bólu i zaczerwienienia, pieczenia w trakcie zabiegu, oraz o możliwości wystąpienia obrzęku i nadwrażliwości skóry na dotyk w miejscu zabiegu jak i o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu. Wszystkie następstwa zabiegu są przejściowe a ich objawy łagodne, jednakże w przypadku wystąpienia niepożądanych objawów należy zasięgnąć konsultacji lekarza.

2. W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w formularzu oraz przekazane podczas rozmowy z terapeutą. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnienia w sposób satysfakcjonujący.

Zostałam poinformowany o sposobie postępowania przed i po zabiegu

Tak Nie

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej

Tak Nie

Wyrażam świadomą zgodę na zabieg Laserem Diodowym The Epi Lab

.....
DATA

.....
PODPIS TERAPEUTY

.....
PODPIS PACJENTA

Zabieg 1

DATA

OBSZAR

PARAMETRY

PODPIS PACJENTA

Zabieg 2

DATA

OBSZAR

PARAMETRY

PODPIS PACJENTA

Zabieg 3

DATA

OBSZAR

PARAMETRY

PODPIS PACJENTA

Zabieg 4

DATA

OBSZAR

PARAMETRY

PODPIS PACJENTA

Zabieg 5

DATA

OBSZAR

PARAMETRY

PODPIS PACJENTA

Zabieg 6

DATA

OBSZAR

PARAMETRY

PODPIS PACJENTA

Zabieg 7

DATA

OBSZAR

PARAMETRY

PODPIS PACJENTA

Zabieg 8

DATA

OBSZAR

PARAMETRY

PODPIS PACJENTA

Zabieg 9

DATA

OBSZAR

PARAMETRY

PODPIS PACJENTA

Zabieg 10

.....
DATA

.....
.....
OBSZAR

.....
PARAMETRY

.....
PODPIS PACJENTA