



MEDICAL CONCEPT FOR BEAUTY

FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG NIĆMI PDO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA..... DATA URODZENIA:.....

ADRES:.....

NUMER TELEFONU:.....

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA:.....

ADRES:.....

HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA:

Czy w ciągu 6 ubiegłych miesięcy przeszła Pani/przeszedł Pan poważną operację lub wyrwanie zęba? TAK NIE

Jeśli tak, proszę o sprecyzowanie:

Proszę zaznaczyć, jeśli ma Pan/Pani jedno z poniższych schorzeń:

Alergie (Jeśli tak, proszę o sprecyzowanie, na co).....

Opryszczkę (proszę o sprecyzowanie: czynna powracająca) Trądzik Aktywne schorzenia skóry Cukrzyca

Jakiegokolwiek schorzenia systemowe Żadne z powyższych

Proszę zaznaczyć, jeżeli:

Jest Pani w ciąży Karmi Pani piersią Jest Pan/Pani uczulona/ny na znieczulenie

Proszę zaznaczyć, czy przyjmuje Pan/Pani obecnie którykolwiek z następujących leków:

Antybiotyki Kortykosteroidy systemowe Kuracje niesterydowe Leczenie przeciwkrzepliwie

Jakiegokolwiek inne leki:

Czy w przeszłości poddawał(a) się Pan/Pani zabiegom permanentnymi lub wchłanianymi nićmi?

TAK (Jeżeli tak, jakim?)

NIE

Czy wystąpiły jakiegokolwiek problemy lub reakcja na te zabiegi?

TAK (Jeżeli tak, jakie?)

NIE

Wyrażam zgodę na poddanie się kuracji wykorzystującej nici wchłaniające PDO. Celem zabiegu jest ogólna poprawa elastyczności i struktury skóry twarzy ciała; eliminacja drobnych zmarszczek, wygładzenie głębokich zmarszczek, delikatny lifting, opóźnienie procesów starzenia i zapobieganie zwiótczeniu skóry. Zostałam/em poinformowana/y o tym, że kuracja polega na iniekcji nici za pomocą cienkich igieł. Poinformowano mnie o pochodzeniu, właściwościach oraz działaniu wchłanianych nici PDO. Szczegóły dotyczące procedur iniekcji przekazane zostały w sposób jasny i zrozumiały, wraz z informacją o korzyściach oraz możliwych efektach ubocznych, które mogą wystąpić w konsekwencji stosowania nici, bezpośrednio po iniekcjach lub później. Oświadczam, że nie jestem w ciąży ani nie karmię piersią. Poinformowałam/em też o lekach, które obecnie przyjmuję oraz o występujących u mnie alergiach. Nie zataiłam/em informacji o chorobach przebytych i obecnie występujących. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółami dotyczącymi kuracji oraz procedur aplikowania nici PDO. Zobowiązuje się do przestrzegania zasad przekazanych przez specjalistę, koniecznych dla zminimalizowania ryzyka wystąpienia komplikacji w trakcie i po zakończeniu terapii. Uzyskane informacje uważam za zrozumiałe i wystarczające, aby świadomie wyrazić zgodę na zabieg nićmi PDO.

Oświadczam, że:

jestem w pełni władz umysłowych i ukończyłam/em 18 rok życia
lub

jestem w pełni władz umysłowych i jestem rodzicem/prawnym opiekunem
zamierzającej/zamierzającego poddać się terapii preparatem PDO.

DATA: PODPIS PACJENTA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA: PODPIS LEKARZA: