

BETEGTÁJÉKOZTATÓ TARTÓS SZŐRELTÁVOLÍTÁSHOZ

Mint Megbízó (Név: _____) tudomásul veszem, hogy:

- az Alma Soprano Ice Platinum lézeres rendszer által kínált eljárás szőreeltávolításra alkalmas,
- a beavatkozás eredményessége függ a bőrtípustól, szőr színétől.

Továbbá tudomásul veszem az alábbi kockázatokat és kijelentem, hogy teljes körű tájékoztatást kaptam

- a beavatkozással járó esetleges mellékhatásokról, mint hegnyomok, állandó fokozott vagy csökkentett pigmentáció,
- arról, hogy ideiglenes mellékhatásként jelentkező szövődmények léphetnek fel, úgymint bőr pirosodása, hólyagképződés, enyhe égési seb, ideiglenes véraláfutás, haemosiderin (hemoglobin bomlástermék) felhalmozódás és esetlegesen, változó mértékben fellépő diszkomfort érzés.

Megértettem tovább, hogy mivel a szőrnövekedés folyamata 3 ciklusra bontható (Anagén, Katagén, Telogén), így az egyedüli alkalmas időszak a szőrtüsző kiégetésére az anagén fázis, a szőrhagyma aktív növekedési fázisa. Tudomásom van továbbá arról, hogy az anagén fázisban a szőrszál növekedési ideje és mértéke, valamint a szőrtüszők elhelyezkedésének mélysége testtájanként meghatározott.

Tudomásul veszem, hogy

- az életkor, bőrszín, anyagcsere, szedett gyógyszerek és folyamatban lévő hormonváltozások hatással vannak a szőr elhelyezkedésére, rugalmasságára és sűrűségére,
- hogy a befolyásoló tényezők kihatással vannak a szőreeltávolító kezelés kimenetelére, és ezáltal többszöri, ismételt kezelés szükséges a kezelt felületen lévő szőrszálak eltávolításához vagy mennyiségének csökkentéséhez,
- más esetekben a kezelések jobb eredményeket hozhatnak, mivel minden kezelés egyedi eset, így a lézeres kezelés kimenetelét tekintve nincs eredményességi vagy tartóssági garancia.
- a javasolt kezelési terápia be nem tartása, a kezelés hatékonyságát befolyásolhatja, eredményesség nem olyan ütemben várható.

Kontraindikációk (Ellenjavallatok):

Tudomásul veszem, hogy a lézeres eljárás kizáró tényezői a következők lehetnek: terhesség, cukorbetegség, hegdaganatra vagy kötőszöveti megbetegedésre való hajlam, fokozott mennyiségű seprűvéna, visszér, fényérzékenységre hajlamosító gyógyszerek szedése, autoimmun betegség, fertőző bőrbetegség, herpesz, ekcéma, illetve a kezelést megelőzően vagy utána a bőrfelszínt érő napsugárzás, vagy szoláriumozás. A tetovált területek fokozottan érzékenyek a bőr alatti pigmentek mennyisége, minősége miatt, ezért ezek kezelése nem javallott!

Fontos:

A kezelést megelőzően 24-48 órával a kezelt bőrfelületet le kell borotválni, illetve testápoló (egyéb testkezelő készítmények) használata nem megengedett! A kezeléseket között epilátor és gyanta alkalmazása nem javallott, mert a kezelés hatékonyságát gátolja! A lézeres szőrtelenítő eljárás előtt legalább 10 nappal ne napozzon, szoláriumozzon, illetve a kezelést követően egy hétig!

Amennyiben bármilyen gyógyszert szed, kérdezze kezelőjét a fényérzékenység esetleges lehetőségével kapcsolatban.

A fentiek tudomásul vétele után, ezúton fejezem ki a lézeres beavatkozás alkalmazását illetően hozzájárulásomat. A fenti nyilatkozatban foglaltakat elolvastam és megértettem, és kijelentem, hogy minden általam feltett kérdésre érdemleges választ kaptam. A fentiekkel egyetértve beleegyezésem hitelül írom alá a nyilatkozatot.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT TARTÓS SZŐRELTÁVOLÍTÁSHOZ

Kezelőmmel pontosan megbeszéltem a tervezett kezelést, a reálisan elérhető célt, a tartóssággal szemben támasztható objektív igényt.

Alulírott /név nyomtatott betűvel/,..... anyja neve:.....jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten beleegyezem, hogy a nyilatkozatban foglalt, általam önként szolgáltatott személyes adataimat, az egészségügyi szolgáltató a kezeléssel összefüggésben, annak eredményessége érdekében, az ahhoz szükséges mértékben és ideig teljes körűen kezelje. Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem szolgáltatok adatot, vagy a szolgáltatott adatok kezeléséhez nem járulok hozzá, úgy a szolgáltató jogosult, a kezelés/beavatkozás elvégzését megtagadni.

Beleegyezem, hogy a kezelésről készült /előtte-utána/ fényképeket marketing célra, felhasználják. (Csak a kezelt testtájak szerepelnek a fotókon, mely a személy beazonosítását nem teszi lehetővé.)

Ezennel kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást figyelmesen elolvastam és minden kérdésre az igazságnak megfelelően válaszoltam. Korábbi műtéteimre, betegségeimre, a kezelést akadályozó tényezőkre vonatkozó kérdésekre, legjobb tudásom szerint válaszoltam.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben nem a valóságnak megfelelően közlöm az adatokat, illetve az egyes kérdésekre nem a valóságnak megfelelően válaszolok, úgy az ebből eredő esetleges kárigényem vagy egyéb igényem kapcsán a szolgáltató felelősséggel nem tartozik, a felelősségét kizárja. Egyben kijelentem, hogy igényt e körben az egészségügyi szolgáltatóval szemben nem terjesztek elő.

A kezelő szakember tájékoztatott az eljárással kapcsolatos kérdéseimet illetően, valamint tájékoztatott az eljárás menetéről, a lehetséges mellékhatásokról, kockázatokról és a kezelést akadályozó tényezőkről, valamint felhívta a figyelmemet a kezelés várható tartósságára. Az előttem álló kezelés sikerének érdekében elvégzendő, megfelelő teendőkkel kapcsolatosan mindent megértettem további kérdésem a fenti kezeléssel kapcsolatosan nincs. A szükséges beavatkozás elvégzésébe teljes mértékben beleegyezek.

Kijelentem, hogy

- esetemben nem áll fenn a lézerkezelés semmilyen ellenjavallata
- elfogadom a tervezett kezelés kockázatait és lehetséges mellékhatásait
- túlérzékenységi reakció esetén késedelem nélkül orvosi segítséget keresek.

Dátum.....

Páciens aláírása:.....

Kezelő neve:.....

Aláírása:.....