

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT LipLase™ LÉZERES AJAKFIATALÍTÓ KEZELÉSHEZ

Teltebb ajkak tűszúrás nélküli bőrfeszítése ER.YAG laser kezeléssel

A LipLase™ az ajkak FOTONA SP DYNAMIS készülékének ErYAG lézer kezelése idegen anyag, gyógyszer bevitele nélkül. Látványos, tartós eredmény az ajkak szájuégi és külső felszínének lézer kezelésével, a kollagén állomány stimulálásával – minimális, vagy lábadozási idő nélkül.

Az ajkak belső, szájuégi, és külső felszínének egyidejű fracionált, a nyálkahártyát és a bőrt nem sértő kezelésével a kötőszövetet egyszerre fiatalítjuk meg és serkentjük a kollagén újraképződést, ezáltal az ajkak teltebbé, feszesebbé, a kontúrjuk definiáltabbá válik. A SMOOTH® üzemmód segítségével csupán a megfelelő mélységig végezzük a homogén szövetmelegítést, megkímélve így a mélyben futó ereket, melyek sérülése maradandó károsodást okozna.

A LipLase™ kezelés az ajkak petyhüdtségének csökkenését, rugalmasságának fokozódását, a ráncok elvékonyodását, az ajkak teltségét eredményezi. A kezelést az ajkak állapotától és az elvárt eredménytől függően több alkalommal javasolt elvégezni a kívánt eredmény eléréséig.

Hogyan zajlik a kezelés?

A kezelés megkezdését mindig vizsgálat előzi meg, melynek során megbeszélésre kerül, hogy Önnek milyen erősségű és hány kezelés lehet szükséges. A két lépésből álló kezelés 20 percig tart. Általában 2 kezelés szükséges a kívánt eredmény eléréséhez, de erőteljesebb elváltozások 3 kezelést is igényelhetnek. A kezelést követően néhány órától pár napig terjedően bőrpír, finom hámlás, enyhe vagy közepes duzzanat tapasztalható a kezelt területen.

Mi a teendő a kezelés előtt és után?

- Kezelést megelőzően ajánlott a kezelt bőrfelszínt egy hétig nem napoztatni és szolárium használata sem ajánlott ezen időszakban.
- Amennyiben korábban volt ajak herpesze, úgy herpesz elleni kezelés javasolt a kezelés előtti naptól legalább 5 napig. A megelőző gyógyszeres kezelést az előzetes konzultáció során átbeszéljük Önnel.
- A kezelés napján ne használjon semmilyen krémet, kenőcsöt a kezelendő bőrfelszínen.
- Kezelést követően kerülendő a napozás és a szolárium (legalább egy hétig).
- Az ideális hatás eléréséért a kezelést követően javasolt hidratáló krémet, vagy E vitaminos kenőcsöt, esetleg kókusz olajt tartalmazó készítményt és fényvédőt használni a kezelt bőrfelszínen.

Mennyire kellemetlen a kezelés? Meleg érzet jellemző a kezelés során, de ezt az érzetet felületi érzéstelenítő krémmel csökkenhetjük, így Önnek semmilyen kellemetlenséggel nem kell számolnia.

Mennyi ideig tart a kezelés?

15-20 percig tart a kezelés.

A kezelést minden esetben megelőzi egy konzultáció.

Mennyi idő a felépülés?

A LipLase™ kezelés esetében minimális felépülési idővel, néhány napig átmeneti bőrpírral kell számolni. A Fotona LipLase™ kezelés után, a kezelést követően 2-3 napig kis hámlás jelentkezik, majd normál bőrszín és ragyogó, megfiatalodott bőr lesz látható. A kezelés hatása még hetekig erősödik, ahogy a kollagén rostok újra képződnek a bőrben. A kezelés bármely évszakban –így nyáron is- biztonsággal alkalmazható.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT LipLase™ LÉZERES AJAKFIATALÍTÓ KEZELÉSHEZ

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 teljeskörűen 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.

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 beleegyezem.

Kijelentem, hogy

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

PÁCIENS ALÁÍRÁSA

DÁTUM

KEZELŐ NEVE

KEZELŐ ALÁÍRÁSA