

## Mikrotűs Rádiófrekvencia Beleegyező Nyilatkozat

NÉV:

LAKCIM:

Tájékoztatót kaptam arról, hogy a mikrotűs rádiófrekvenciás eljárás során több mélységben (0,5-3mm) tűk hegye által bejuttatott rádiófrekvenciával érjük el magas hőmérsékletű koagulációs pontok létrejöttét a bőrben. Tudomásul veszem, hogy több kezelésre van szükség a kívánt hatás elérése érdekében és teljes biztonsággal nem lehet előre jelezni a kezelés eredményét.

Vállalom, hogy a kezelést követően 10-14 napig kerülöm a napsugárzást, szoláriumot. Erős fényhatás esetén magas faktorszámú napvédőt használok. A kezelést követő 48 órában nem végzek izzasztó sporttevékenységet, nem veszek igénybe szoláriumot, szaunát illetve 24 óráig kerülöm a dekor kozmetikai termékek használatát.

Tudomásul vettem, hogy a kezelést követően erősebb bőrpír, erythema jelentkezhet, ami 3-6 napig is jelen lehet. A kezelést követően ödéma léphet fel a következő 24-48 órában. Előfordulhatnak még nagyon apró pontszerű bevérzések egy-egy helyen. A pontszerű vérzések helyein enyhe pörk-képződés fordulhat elő, mely 3-5 napon belül magától elmúlik-leesik. A kollagén újraépülés miatt pár napig enyhe húzóást, esetleg minimális fájdalmat lehet érezni 3-5 napig. A kezelés mellékhatása lehet átmeneti hiperpigmentáció is. Amennyiben nap éri a bőrt, tartós hiperpigmentáció is kialakulhat.

Kijelentem, hogy a fenti kezelés folyamatát részletesen elmagyarázták és megértettem, valamint az alternatív eljárás lehetőségét és a kockázatokat is, és minden kérdésemre választ kaptam.

Hozzájárulok, hogy fényképek készüljenek a kezelendő területről, a kezelés előtt és után, hogy dokumentálni lehessen a kezelés folyamatát. A fényképek tudományos és marketing célú, anonim nyilvánosságra hozatalához földrajzi korlátozás nélkül hozzájárulok, amennyiben felismerhetetlen leszek a képeken és előzetesen ellenőrizhetem a képet:

offline fényképalbumban felhasználásához:

Igen

Nem

online marketing formában (Online cikk /Honlap/ Közösségi média):

Igen

Nem

Tudomásom van arról és elfogadom, hogy jelen hozzájárulásomat írásban közölt nyilatkozattal bármikor visszavonhatom, azonban az csak a hozzájárulásom visszavonását követő időszakra vonatkozóan köti a Jogosultat. Visszavonó nyilatkozatomat az ..... email címen elektronikusan bármikor megtehetem.

Kijelentem, hogy a fenti kezelés folyamatát részletesen elmagyarázták és megértettem, valamint az alternatív eljárás lehetőségét, lehetséges mellékhatásokat és a kockázatokat is, és minden kérdésemre választ kaptam. Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatomat polgári jogi és büntető jogi felelősségem tudatában, cselekvőképességem teljes birtokában tettem meg. Hozzájárulok a rádiófrekvenciás kezeléshez és a fent említett tételekhez.

Páciens aláírása és nyomtatott neve	Konzultáló aláírása és nyomtatott neve

Helység, Dátum

## Mikrotús RF Páciens adatlap

NÉV:		KONZULTÁCIÓ IDŐPONTJA:	
KOR:		KEZELÉS IDŐPONTJA:	

Érzéstelenítés során alkalmazott anyag:

Érzéstelenítés ideje: (perc)

**Kezelendő területek:**

- Homlok    Szem alatt    Szarkalábak    Orca    Toka    Nyak    Száj környék
- Egyéb:

**Kezelés #1 Dátum:**

Átmenet 1	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:
Átmenet 2	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:
Átmenet 3	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:

Mellékhatások, megjegyzések:

**Kezelés #2 Dátum:**

Átmenet 1	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:
Átmenet 2	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:
Átmenet 3	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:

Mellékhatások, megjegyzések:

**Kezelés #3 Dátum:**

Átmenet 1	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:
Átmenet 2	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:
Átmenet 3	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:

**Kezelés #4 Dátum:**

Átmenet 1	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:
Átmenet 2	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:
Átmenet 3	Mélység		Energia		Pulzushossz		Terület:

## Mikrotűs Rádiófrekvencia alkalmassági teszt

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

**Ellenjavallatok és kizáró tényezők:**

- Nem vagyok terhes, nem szoptatok.
- Nincs daganatos betegségem.
- Nem vagyok vérzékeny, nem szedek véralvadás gátló szereket.
- Nem állok szteroidos kezelés alatt.
- Nincs aktív kollagén/érbetegségem.
- Nem szedtem izotretinoint az elmúlt időszakban (kevesebb, mint 1 éve).
- Nincs a kezelt területen dermális töltőanyag, filler vagy felszívódó szál
- Nem vettem részt savas hámlasztáson vagy mikrodermabráziós, lézeres kezelésen az elmúlt 3 hónapban
- Nincsenek nagy fogászati fém implantátumaim.
- Nem vagyok epilepsziás.
- Nincs szív és érrendszeri, keringési megbetegedésem.
- Nincsen pacemakerem.
- Nincs krónikus vagy szisztémás vagy autoimmun betegségem.
- Nem vagyok erős cukorbeteg.
- Nincs sérülés, bőrbetegség, gyulladás vagy nyílt seb a kezelendő területen.
- Nincs hiperérzékenysésem lidocain-ra vagy más érzéstelenítőre
- Nincs hisztamin allergiám
- Nincs fémallergiám

Alulírott polgári jogi és büntető jogi felelősségem tudatában és cselekvőképességem teljes birtokában kijelentem, hogy a fenti egészségügyi jellemzők és betegségek egyikével sem rendelkezem, illetve a felsorolt esztétikai beavatkozások közül egyiket sem végeztettem el adott időszakon belül a kezelendő területen.

Dátum, hely	Aláírás
-------------	---------

-----VAGY-----

Fent nevezett jellemzők egyikével vagy mással rendelkezem, melyek a következők:

.....

Dátum, hely	Aláírás
-------------	---------

Konzultáns aláírása:

.....