

Informovaný souhlas k ošetření SQT Biomicroneedling

Jméno příjmení.....

Obecná ustanovení

Zákazník bere na vědomí, že ošetření SQT Biomicroneedling provede odborník. Odborník se zavazuje řádně provést požadované ošetření v souladu s hygienickými a technickými pravidly v předem dohodnuté oblasti na pokožce pacienta.

Anamnestický dotazník pacienta

Odborník provede zákrok po zhodnocení anamnestického dotazníku, ve kterém Vás prosíme o pravdivé odpovědi na níže uvedené otázky o Vašem zdravotním stavu:

Trpíte níže uvedenými chorobami nebo užíváte níže uvedené léky? (nehodící se škrtněte)

			Pokud ano, napište jaké?
Autoimunitní onemocnění	ano	ne	
Onkologické	ano	ne	
Kardiologické	ano	ne	
Alergie	ano	ne	
Kožní nemoci (na tváři)	ano	ne	
Antibiotika	ano	ne	
Isotretinoiny (Beloretin, Isotiorga, Isotretinoin Actavis)	ano	ne	
Antikoncepce nebo jiná hormonální léčba	ano	ne	
Kortikoidy	ano	ne	

Použili jste před méně než 2 týdny? (nehodící se škrtněte)

Profesionální chemický peeling	ano	ne
Užívání antibiotik	ano	ne
Aplikaci retinolu	ano	ne
Domácí i profesionální užívání kyselin	ano	ne
Domácí i profesionální užívání vitamínu C	ano	ne

Podstoupili jste před méně než 1 měsícem některý z těchto zákroků? (nehodící se škrtněte)

Botulotoxin	ano	ne
Estetické výplně	ano	ne
Frakční laser	ano	ne
Morpheus	ano	ne
Frakční radiofrekvence	ano	ne
Hifu Ultherapy	ano	ne

Jaké problémy se vám vyskytují na pleti? (nehodící se škrtněte)

			Lokalita:
Akné	ano	ne	
Ucpané póry	ano	ne	
Pigmentové skvrny	ano	ne	
Melanom	ano	ne	
Vrásky	ano	ne	
Ochablá plet'	ano	ne	
Mílie	ano	ne	
Tmavé kruhy pod očima	ano	ne	
Rozšířené cévky	ano	ne	
Jiné	ano	ne	

POZNÁMKY ODBORNÍKA:

Typ pleti:.....

Problém, který si zákazník přeje řešit:.....

Doporučený počet ošetření:..... Interval:.....

Zvolený typ ošetření

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

UPOZORNĚNÍ:

Pokud byste měli nějakou nežádoucí reakci, navštivte svého lékaře a informujte svou kosmetičku. Výsledky aplikovaného ošetření se mohou lišit v důsledku rozdílu v kvalitě pokožky. K dosažení požadovaných výsledků bude obvykle zapotřebí několik ošetření, mezi nimiž je 2-4 týdenní interval.

Jako klient přebíráte zodpovědnost za své problémy vyplývající z nedostatečné péče po ošetření a osvobodíte specializovaného odborníka od jakýchkoli nepříjemností, které mohou nastat.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem odpověděl/a na položené otázky pravdivě, nezamlčel/a jsem žádnou důležitou informaci a jsem si vědom/a, že podstupuji ošetření při kterém je důležité dodržovat doporučenou domácí péči a chránit plet' před přímým slunečním zářením po dobu 7-10 dnů a používat krém s vysokou sluneční ochranou (SPF50).

Prohlašuji, že jsem se obsahem informovaného souhlasu řádně seznámil/la a že všemu rozumím. Na všechny své dotazy jsem obdržel(a) vyčerpávající odpovědi. Byl mi podrobně popsán postup zákroku a následná post procedurální domácí péče doporučena a v tištěné podobě dodána. Tímto vyjadřuji svůj souhlas s ošetřením. Nemám žádné další dotazy ani námitky.

Datum

.....
Podpis zákazník.....
Podpis odborníka