

ZABIEG Z WYKORZYSTANIEM URZĄDZENIA DO RF FRAKCYJNEGO

Imię i nazwisko:

Telefon:

Data urodzenia:

W dniu podczas konsultacji zostałam/em zapoznana/y z procedurą nieinwazyjnego zabiegu z wykorzystaniem aparatury RF frakcyjny.

Występuje		Przeciwwskazania
tak	nie	nowotwory (poniżej 5 lat od odzyskania zdrowia)
tak	nie	ciąża i okres karmienia piersią
tak	nie	epilepsja
tak	nie	choroby autoimmunologiczne (m.in. stwardnienie rozsiane)
tak	nie	metalowe implanty w organizmie
tak	nie	choroby bakteryjne, wirusowe i grzybicze
tak	nie	nadciśnienie tętnicze
tak	nie	trądzik różowaty
tak	nie	trądzik w stanie ropnym
tak	nie	cera naczyniowa
tak	nie	niewydolność żylna
tak	nie	przerwana ciągłość skóry w miejscu zabiegowym
tak	nie	zaburzenia krążenia obwodowego
tak	nie	zaburzenia czucia
tak	nie	rozrusznik serca
tak	nie	zaburzenia krzepnięcia krwi
tak	nie	zaćma
tak	nie	cukrzyca
tak	nie	terapia izotretynoiną i jej pochodnymi
tak	nie	gorączka, stany podgorączkowe
tak	nie	nieunormowane zaburzenia hormonalne
tak	nie	zaburzenia gojenia w tym skłonność do powstawania blizn przerostowych
tak	nie	zabiegi z zakresu medycyny estetycznej w przeciągu ostatnich 3 miesięcy. Jeśli tak, to jakie?

Oświadczam, że nie zataiłam/łem żadnych danych dotyczących mojego stanu zdrowia, w trakcie rozmowy miałam/łem możliwość zadawania pytań.

Oświadczam, że w trakcie konsultacji udzielono mi wszystkich potrzebnych informacji, a moje pytania uzyskały w pełni zrozumiałe odpowiedzi.

Oświadczam, że w momencie zabiegu jestem zdrowa/y, nie jestem pod wpływem środków odurzających, ani leków.

Wyrażam świadomą zgodę na zabieg oraz poddaję się wszystkim okolicznościom i warunkom związanym z w/w zabiegiem na własną odpowiedzialność.

.....
data i podpis
osoby wykonującej zabieg

.....
data i podpis
osoby poddawanej zabiegowi