



Zgoda na zabieg

RF Mikroigłowy

- Imiona
- Nazwisko
- Adres
- Telefon

Wskazania

- Rozszerzone pory
- Opadające policzki
- Worki i cienie pod oczami
- Redukcja cellulitu
- Blizny, rozstępy
- Widoczne zmarszczki
- Obrzęki
- Nadpotliwość
- Utrata jędrności i elastyczności skóry



Przeciwwskazania bezwzględne	TAK	NIE
Ciąża		
Okres laktacji		
Nowotwory do 5 lat po wyleczeniu		
Terapia doustna retinoidami (do 6 miesięcy)		
Antybiotykoterapia		
Hemofilia		
Zaburzenia czucia		
Skłonność do keloidów		
Aktywne zakażenia skóry bakteryjne, wirusowe, lub grzybicze		
Choroby przewlekłe (AIDS, cukrzyca)		
Rozrusznik serca, defibrylator		
Przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych		
Aktywna opryszczka		
Zaburzenia czucia		
Epilepsja		
Łuszczyca		
Bielactwo		
Choroby układu krążenia		
Peelingi chemiczne		
Choroby krwi (anemia, małopłytkowość)		
Trądzik różowaty		
Trądzik zapalny		
Skłonność do krwawienia z układu pokarmowego		

Przeciwwskazania względne	TAK	NIE
Zaburzenia hormonalne		
Spożywanie alkoholu 24h przed zabiegiem		
Zabiegi medycyny estetycznej do 3 miesięcy przed zabiegiem		
Produkty światło uczulające (leki, zioła)		
Kremy z witaminami A i C (stosowane do tygodnia przed zabiegiem)		
Świeża opalenizna		



Skóra po zabiegu:

- Rumień, obrzęk
- Uczucie ściągnięcia i suchości skóry
- Skóra po zabiegu może delikatnie się łuszczyć
- Mogą wystąpić strupki
- Możliwa jest hiperpigmentacja lub hipopigmentacja utrzymująca się 6 miesięcy lub dłużej

Zalecenia pozabiegowe:

- bezpośrednio po zabiegu można schłodzić twarz, w tym celu można zastosować łagodzącą maskę chłodzącą;
- przez 24 godziny nie narażać organizmu na wysiłek fizyczny (np. ćwiczenia na siłowni, fitness, bieganie itp.);
- przez 3 dni nie stosować makijażu;
- przez 2 dni nie spożywać alkoholu;
- przez 14 dni po zabiegu unikać wahań temperatury i nie korzystać z sauny, solarium, łaźni parowych i krioterapii; unikać ekspozycji na słońce i stosować kremy z filtrem przeciwsłonecznym;
- przez co najmniej 3 tygodnie po zabiegu unikać zabiegów złuszczących skórę
- do 4 tygodni korzystać z fotoprotekcji spf 30 lub 50
- skórę delikatnie osuszać, nie drażnić
- skórę można przemywać środkiem do dezynfekcji bez alkoholu, np. Octenisept
- można stosować kosmetyki łagodzące 2x dziennie: Bioderma Cicabio, Cetaphil MD, Cetaphil emulsja do mycia, Cicalfate Avene , Bepanthen

O rodzaju, celu i wskazaniach wspomnianego zabiegu w zakresie jego zalet, wad i ryzyka zostałam/em poinformowana/y. Szczegółowo omówiono ze mną indywidualne problemy w odniesieniu do w/w metody.

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

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



Ponadto zostałam/em poinformowana/y przez wykonującego zabieg kosmetologa o możliwych działaniach niepożądanych i powikłaniach związanych z w/w zabiegiem.

Oświadczam, że w momencie zabiegu jestem zdrowa, nie jestem pod wpływem środków odurzających, ani leków. Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich wskazówek i zaleceń pozabiegowych

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

Osoba wykonująca zabieg

Osoba poddawana

Oświadczam, że powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe i w pełni je akceptuję.
Nie mam wymienionych przeciwwskazań i w razie ich zatajenia nie będę rościła pretensji.
Zostałam poinformowana o działaniu zabiegu, o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach z w/w zabiegiem. Jestem świadoma zaleceń przed i po zabiegu. Zgadzam się na przetwarzanie moich danych.

Wyrażam/Nie wyrażam zgodę/y do wykonywania fotografii zarówno przed i po zabiegu oraz do wykorzystywania tych zdjęć w celach marketingowych

Data.....

Czytelny podpis (imię i nazwisko).....