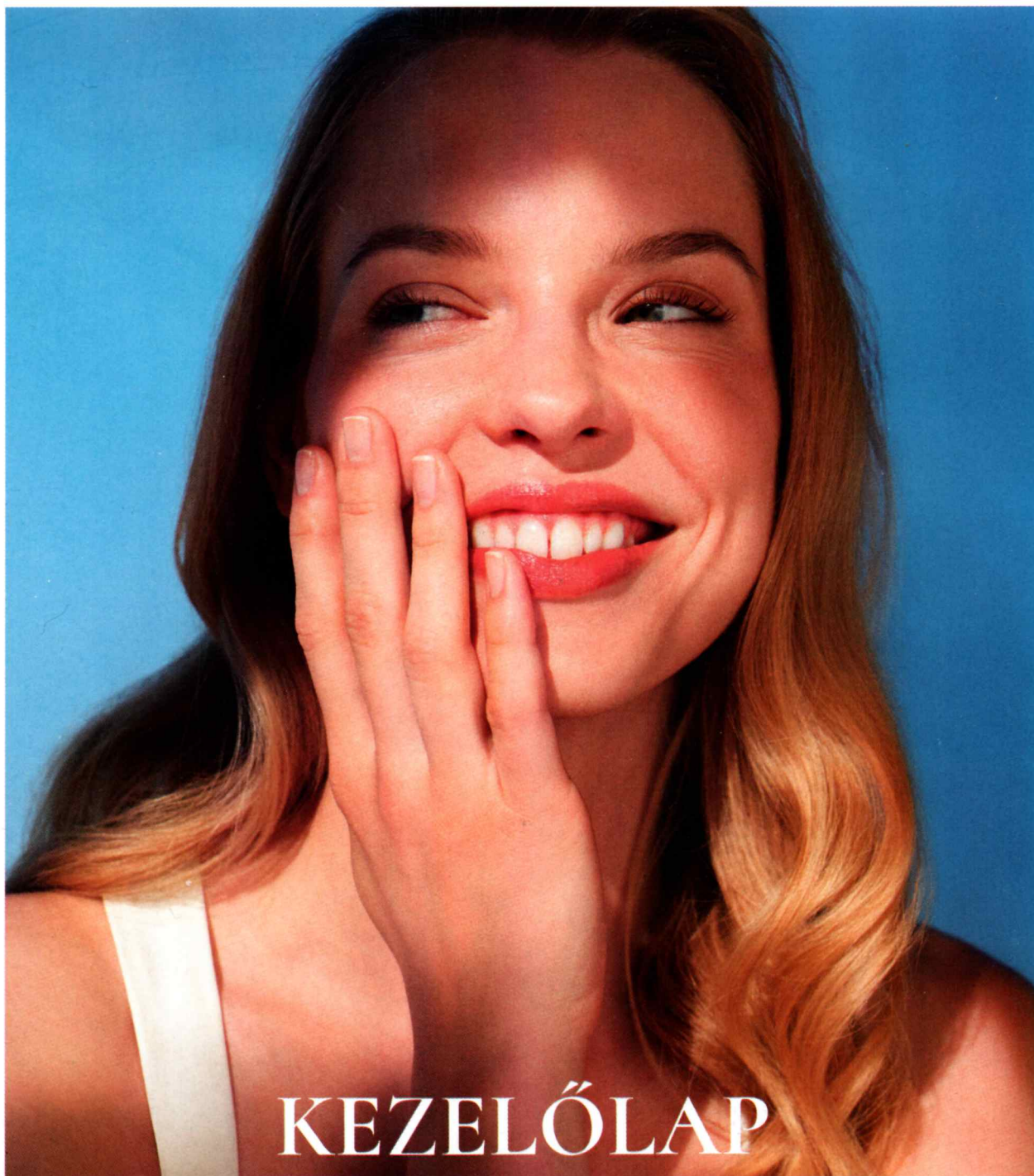




KEZELŐLAP

Páciens neve:

Születési idő:

Telefon:

E-mail:

Cím:

—  TEOXANE —

ANAMNÉZIS

Kérjük, húzza alá a megfelelő válaszokat.

Jelenleg várandós vagy szoptat? igen nem

Előfordult-e vagy van-e tudomása meglévő allergiáról/reakcióról? igen nem

Jelenleg áll-e valamilyen gyógyszeres vagy orvosi kezelés alatt? igen nem

Volt-e korábban szépsészeti kezelése (lézerkezelés, hámlasztás, dermabrasio, ráncfeltöltő vagy botulinum toxin kezelés, stb.)? igen nem

Ha igen, milyen kezelés, mikor, és mely területre terjedt ki?

Volt-e autoimmun betegsége vagy bármilyen, az immunrendszert érintő betegsége? igen nem

Van-e jelenleg bőrfertőzése vagy bármilyen immunrendszert érintő betegsége? igen nem
(herpesz, akne, stb.)

Szed-e jelenleg szteroid-, aszpirin-, véralvadásgátló tartalmú gyógyszert? igen nem

Van-e heveny reumás gyulladása, visszatérő torokgyulladása, torokfájása? igen nem

Van-e bármilyen allergiája, különösen hialuronsavval vagy lidokainnal szemben? igen nem

Ha igen, részletezze. (Milyen, mikor, és mely területekre terjedt ki.)

Amennyiben bármelyik kérdésre 'IGEN'-nel válaszolt, jelezze kezelőorvosának!

Orvosa a kezelést megtagadhatja, ha azt szakmailag
nem az Ön érdekében állónak ítéli meg.

KEZELÉSEK



Kezelés dátuma:

Kezelés során felhasznált termék gyártási száma:

Megjegyzés:

.....

.....



Kezelés dátuma:

Kezelés során felhasznált termék gyártási száma:

Megjegyzés:

.....

.....



Kezelés dátuma:

Kezelés során felhasznált termék gyártási száma:

Megjegyzés:

.....

.....



Kezelés dátuma:

Kezelés során felhasznált termék gyártási száma:

Megjegyzés:

.....

.....

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A töltőanyaggal történő ráncfeltöltő kezelés szabadon választott jellegű beavatkozás.

A töltőanyagokkal történő ráncfeltöltő kezelésnek lehetséges szövődményei és kockázatai vannak.

Tudomásul vettem, hogy a TEOSYAL termékek átlagosan 6-12 hónap alatt felszívódnak. A kezelés hatóideje a bőrtípustól, a kezelt zónától, a beinjektált mennyiségtől és a beadási technikától függ. A töltőanyagokkal történő beavatkozás nem a ráncok eltüntetését, hanem a ráncok feltöltését jelenti. Ráncok teljes eltüntetésére nem kivitelezhető, ráncfeltöltő kezelése azok mélységét lehet jelentősen csökkenteni, ezáltal válik az arc fiatalosabbá.

Kezelőorvosommal pontosan megbeszéltem a feltöltés helyét, bőröm állapotát, a reálisan elérhető célt, a tartóssággal szemben támasztható objektív igényt.

A kezelés előtt teljes körű és részletes felvilágosítást kaptam a felszívódó töltőanyagokkal történő ráncfeltöltés, ajakfeltöltés előnyeiről, illetve lehetséges kockázatairól, a kezelést akadályozó tényezőkről. Kezelőorvosom felhívta figyelmemet a kezelést követő mellékhatásokra, a kezelés várható tartósságára.

Tájékoztatót kaptam arról, hogy hialuron töltőanyagokkal történő kezelést követően:

- bőrpír, ödéma, viszketés és/vagy kis fájdalom a beszűrési ponton felléphet, ami rendszerint 72 óra után megszűnik,
- az injektált terület bekeményedhet, szövetekben csomósodás léphet fel,
- ritkán a kezelt területen elszíneződés figyelhető meg (Tyndall effect),
- nagyon ritkán nekrozis (szövetelhalás), vakság, tályog, granulóma képződés, hegesedés, allergiás reakció, asszimetria léphet fel.

Minden egy hétnél hosszabb lefolyású, a ráncfeltöltés következtében fellépő gyulladásról és más esetleges mellékhatásról azonnal tájékoztatni kell a kezelőorvost. Az orvos megfelelő kezelést fog elrendelni, ami esetlegesen több hónapig is eltarthat.

Korábbi műtéteimre, betegségeimre, a kezelést akadályozó tényezőkre vonatkozó kérdésekre legjobb tudásom szerint válaszoltam. Az orvosi tájékoztatást megértettem. Minden, a kezelésre vonatkozó kérdésre kielégítő választ kaptam; a kezeléssel kapcsolatban további kérdéseim nincsenek.

Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy orvosom fényképet készítsen a kezelést megelőzően, alatta és a végén, így dokumentálva a változásokat.

Beleegyezem abba, hogy a nevezett termékkel rajtam a kezelést elvégezzék, továbbá nyilatkozom, hogy a kezelésről szóló ellátási lapot átvettem.

Páciens neve: Kezelőorvos neve:

Páciens aláírása: Kezelőorvos aláírása:

Dátum: