

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ



Име и фамилия

Дата на раждане

Дата

С настоящото потвърждавам, че се съгласявам с използването или лечението с устройството "Tixel".

Разбирам, че "Tixel" е лечение, което се използва за подобряване на външния вид на кожата.

Манипулацията с "Tixel" се извършва с помощта на титаниево нагреваемо приспособление за третиране, чрез което топлинната енергия се доставя до кожата по безопасен и ефективен начин.

Получих достатъчно информация за "Tixel", за да разбера добре този тип лечение.

Разбирам, че следните често срещани странични ефекти от това лечение- зачервяване на кожата, усещане за парене / парене, леко образуване на корички по кожата, леко подуване, временна или постоянна (хипо / хиперпигментация) промяна на пигментацията на цвета на кожата (рядко), инфекция и белези (много рядко). Наясно съм, че всяко лечение на лицето (включително лечение с Tixel) може да причини рецидив на херпес.

Наясно съм, че Очна клиника "Луксор" отговаря за моето лечение и че аз лично трябва да се свържа с вас, ако възникнат някакви усложнения.

Разбирам, че може да са необходими повече от едно лечение, за да се получат най-добри резултати от използването на Tixel. Бях информиран, че обикновено се изискват поне 3 лечения на интервали от около 1 месец. Независимо, че може да са необходими повече или по-малко лечения.

Бях информиран, че както при всички естетични процедури, клиентите реагират по различен начин на едно и също лечение и резултатите варират и следователно няма гаранция за резултата или продължителността на ефекта от лечението.

Разбрах следните индикации за поведение след лечение:

- Да не се използва грим в продължение на 48 часа след лечението с Tixel.
- Избягвайте да докосвате или обработвате зоната на лечение поне 48 часа след лечението.
- Не отстранявайте и не изстъргвайте малките натрупвания по кожата.
- Да се избегне излагането на ултравиолетови лъчи (слънце, солариум) и да се използва подходящ слънцезащитен крем поне 3 месеца след лечението.

Дадена ми е възможността да задам всички въпроси относно лечението и да получа задоволителни отговори.

Съгласен съм да следвам препоръките на Очна клиника "Луксор" за грижи и поведение след лечението, тъй като всяко неуважение може да доведе до по-малко оптимални резултати.

Съгласен съм да бъде извършен снимков материал на лицето ми преди и след процедурата .
Отговорих на въпросника за предишни заболявания и общото здравословно състояние.

Град

Дата

Подпис

Име и фамилия		
Дата на раждане		Дата

Уважаеми клиенти,
Моля, отделете малко време, за да попълните въпросника възможно най-задълбочено.

.....
Фамилия, Име

.....
Дата на раждане

.....
Адрес

.....
Град

.....
Телефон

.....
Телефон

.....
Email

.....
Професия

ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ

Пушене	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не	Ако да, колко? 1-10 цигари на ден / над 10 цигари на ден
Алкохол	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не	Ако да, - рядко / всекидневно
Наркотици	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не	Ако да, какви?
Лекарства	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не	Ако да, какви?
Бременност	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не	Ако да, коя седмица?

АЛЕРГИИ

Алергии	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не	Ако да, какви?
Несъвместимости	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не	Ако да, какви?

СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Високо кръвно налягане	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Ниско кръвно налягане	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Сърдечни заболявания	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не
Пейсмейкър	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Не

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

- Нарушения на кръвосъсирането Да Не
- Астма Да Не
- Белодробни заболявания Да Не
- Епилепсия Да Не
- Предизпозиция към припадане Да Не

Други заболявания:

.....

.....

ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

- ХИВ Да Не
- Хепатит Да Не Ако да, какъв?
- Туберкулоза Да Не
- Херпес Да Не

Други инфекции:

.....

.....

ВАЖНА ИНФОРМАЦИЯ

Цялата информация подлежи на конфедициалност с оглед разпоредбите за защита на личните данни и следователно се третира с най-строга поверителност. Съгласен съм да съхранявам личните си данни.

Освен това се ангажирам да Ви информирам незабавно за всякакви промени, които настъпват по време на периода на лечение.

.....

Град,

Дата

.....

Подпис