

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT HYALURON PEN KEZELÉSHEZ

Név: _____

Lakcím: _____

Születési dátum: _____

Telefonszám: _____

E- mail cím: _____

1. A hyaluronsavval történő kozmetikai kezelést a saját kérésemre végzik el. Ezennel igazolom, hogy a szükséges igazolást megkaptam, a kezelés módszerével és folyamatával tisztában vagyok, az utókezelésről tájékoztatást kaptam.
2. Beleegyezem a hyaluronsavas kezelésbe az általam elfogadott mennyiségben. Tudomásul veszem, hogy a kezelés tartóssága egyéntől, kortól és bőrtípustól függően eltérő 3-8 hónapig, előfordulhat, hogy akár 10-hónapig tart. (A tartósságát előre pontosan meghatározni nem lehet.)
3. Az eljárás után a kezelt területet TILOS vakargatni, piszkálni! Ajaktöltés után nem ajánlott a dohányzás!
4. A kezelés elvégzése után 48 órán belül javasolt a terület kímélése.
5. A szájkontúr és szájvolumen kezelésnél egyéntől függően előfordulhat herpesz kialakulása, melynek kezeléséről felvilágosítást kaptam. A kezelés után pár napig ajánlott herpesz elleni tablettával és krémmel kezelni. (Hajlam esetén!)
6. A kezelt terület 14 napig folyamatosan változni fog a gyógyulás során, így az első napokban a forma és a méret nem mérvadó, ezért a kezeléseik között ajánlott 14 napnak eltelnie.
7. A kezelést követően 4-5 napig fennálló duzzanat fordul elő. Tudomásul veszem, hogy a duzzanat látványi hatása nem egyenlő a betöltött anyag térfogatnövelő hatásával.
8. Az áraink egyszeri kezelést tartalmaznak. További korrekciós igény már plusz költséggel lehetséges.
9. A gyors és sikeres javulás érdekében betartom a felvilágosításban elhangzottakat és legalább 14 napig mellőzöm a következőket: napozás, szolárium, közös fürdő (uszoda, strand) szauna és sportolás.
10. Aláírással garantálom, hogy nincs fertőző betegsémem és a kérdőívet a valósággal megegyező módon töltöttem ki.
11. Pénzvisszafizetés a hyaluronsavas kezelés elkészülése után nincs!
12. A szakember részemre az igazolást átadta, a benne található LOT számú matricával együtt, melynek párja:
13. A kezelésről, annak lehetséges szövődményeiről részletes tájékoztatást kaptam, saját akaratomból aláírással beleegyezem.

A kezelt terület duzzanata esetén jegelés alkalmazható, de csak puha szilikonos párnával. A kezelt területet tiszta csapvíz már aznap érheti, kozmetikumot, sminket, stb. azonban 2 napig nem tanácsos használni. A kezelés után 4-6 hétig az intenzív napozás, szolárium kerülendő, szükség esetén fényvédő krém használata javasolt.

Szintén kerülendő az extrém hideg. (pl: jegelés, ajaktöltésnél pl.: fagyizás) Ajakvastagítás után a tartós szájtetoválás 1 hónapig tilos!

_____, _____ év, _____ hó, _____ nap

KÉRDŐÍV HIALURONSAVAS KEZELÉSHEZ

1. Elmúlt-e már 18 éves? (Ha nem, akkor nem vállaljuk el!)	
2. Kezelik-e bármilyen betegséggel, ha igen mivel?	
3. Áll- e bármilyen bőrgyógyászati kezelés alatt?	
4. Tudomása van-e bármilyen allergiáról? (Lidocain, növény, fém stb.)	
5. Van-e immunrendszer problémája? (Nem marad benne a töltőanyag a bőrben.)	
6. Volt-e plasztikai sebész beavatkozása 3 hónapon belül, ha igen, mikor, melyik testrészén?	
7. Tervezi-e a közeljövőben plasztikai sebészeti beavatkozás igénybevételét? (a kezelés után 6 hónapig javasolt várni vele.)	
8. Cukorbeteg-e és kezelik-e? (Lassan és nehezen gyógyul a bőr.)	
9. Van-e bármilyen sebgyógyulási problémája?	
10. Hajlamos-e keloidra?	
11. Volt-e bármilyen szívbetegsége, szívműtété? (Az érzéstelenítő a vérbe kerülhet, és a szívritmusát megzavarhatja.)	
12. Magas-e a vérnyomása? (Vérzékenyebb lehet a bőr. Befolyásolhatja a végeredmény tartósságát.)	
13. Vértartó szed-e? (Vértartó elhagyása után 1 hónapot várni kell a kezeléssel!)	
14. Szokott-e vért adni? (A kezelés után fél-egy évig tilos a véradás.)	
15. 48 órán belül fogyasztott-e alkoholt?	
16. Terhes-e? (Az első és az utolsó trimeszterben TILOS a kezelés!)	
17. Szoptat-e? (A töltőanyagban található lidocain hathat a babára is.)	
18. Volt-e már herpesze?	
19. Tud e fertőző betegségről? (Hepatitis A-B-C,HIV)	
20. Jelenleg van-e herpesze? (Tilos a kezelés!)	
21. Volt-e már hyaluronsavas kezelése? (Minél több kezelésen esett át a páciens, annál tartósabb az eredmény)	
22. Trauma, mániás depresszió, szorongás esetén legyünk elővigyázatosak.	
23. Van e botox, vagy szilikon töltve a kezelendő részen vagy az arc bármely területén? (Ez esetben még saját felelősségre sem végezzük el a kezelést!)	
24. Volt e bármilyen plasztikai beavatkozás az arcán?	

_____, _____ év, _____ hó, _____ nap

Kozmetikus

Vendég