

## 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 | cięża 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.<br>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