

ANKIETA INFORMACYJNA PACJENTA

Nazwisko

Imię

e-mail

Telefon kontaktowy

WYWIAD

		TAK	NIE
1	Ciąża		
2	Choroby nowotworowe		
3	<i>Leczenie hormonalne</i> a. Indywidualna terapia hormonalna b. Leczenie niepłodności c. Leczenie chorób tarczycy (Euthyrox)		
4	Stosowane leki doustne (terapia doustna retinoidami np. Izotek wymaga półrocznej przerwy pomiędzy końcem kuracji i pierwszym zabiegiem)		
5	Stosowane leki miejscowe a. Światło uczulające b. Retinoidy (Isotrexin, Differin, Zorac, Retin i inne) c. Antybiotyki stosowane w chwili obecnej		
6	<i>Stosowane kosmetyki</i> a. Krem z retinolem b. Wit. A, E i C c. Kwasy owocowe		
7	Przyjmowanie środków pochodzenia ziołowego (dziurawiec, nagietek i inne światło uczulające np. Figura oraz leki antydepresyjne ziołowe np. Deprim-wymaga odstawienia na 1 tydzień przed zabiegiem)		
8	Opalenizna		
9	Kiedy była ostatnia depilacja woskiem lub pęsetą? (przed zabiegiem nie wolno wrywać włosów pęsetą, woskiem, depilatorem mechanicznym przez okres 4 tygodni w przypadku twarzy i 6 tygodniu w innych miejscach skóry)		
10	Kiedy był wykonany ostatni peeling i jaki rodzaj (preparat o działaniu złuszcującym należy odstawić 1 tydzień wcześniej)		
11	Skóra ze skłonnością do przebarwień		

12	<i>Dermatologiczne zmiany skórne</i> a. Bielactwo b. Łuszczyca c. Opryszczka d. Znamiona barwnikowe e. Zmiany zapalne		
13	Reticularis (marmurkowa skóra)		
14	Fotodermatozy		
15	Padaczka (przeciwwskazania względne)		
16	Uwagi lekarza		
17	Zalecenia		
18	Potwierdzenie kwalifikacji pacjenta do zabiegu		
19	Zakwalifikowany do depilacji obszar		
20	Dane techniczne do depilacji		

Ja poniżej podpisany/a oświadczam że zostałem/am w pełni poinformowany/a przez o procedurze zabiegu, wszystkich czynnościach z nim związanych, korzyściach oraz ewentualnych skutkach ubocznych. Miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów zabiegu. Otrzymałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Oświadczam niniejszym, że wyrażam zgodę na zabieg depilacji.

Podpis pacjenta

Miejscowość i data

Podpis osoby przeprowadzającej ankietę

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że na skuteczność depilacji laserowej mają wpływ następujące czynniki: predyspozycje indywidualne (kolor włosów, struktura włosa), predyspozycja genetyczna, gospodarka hormonalna, przestrzeganie terminów między zabiegami.

.....
data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez,
zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z
2002r. Nr 101, poz 926 z późniejszymi zmianami) w celach prowadzenia moich akt
osobowych związanych z wykonywanymi zabiegami oraz w celach kontaktowych ze
mną.

.....
data i podpis