



## OŚWIADCZENIE PRZED ZABIEGIEM LASEROWYM



W trosce o zapewnienie wysokiej jakości i bezpieczeństwa zabiegu, prosimy o zapoznanie się z treścią niniejszego oświadczenia i odpowiedź na poniższe pytania.

Imię..... Nazwisko.....

Adres.....

Nr tel.:..... E-mail:.....

### Pytania dotyczące skóry w miejscu planowanego zabiegu:

1. Czy jest świeżo opalona?
2. Czy był stosowany samoopalacz w ciągu ostatnich 3 tygodni?
3. Czy były wykonywane specjalistyczne zabiegi w ciągu ostatnich 3 tygodni?

| Tak | Nie |
|-----|-----|
|     |     |
|     |     |
|     |     |

### Pytania dotyczące stosowanych leków i innych środków:

1. Czy stosowała Pani/Pan w ciągu ostatnich 4 tygodni retinol w jakiegokolwiek postaci?
2. Czy przyjmuje lub w ciągu ostatnich tygodni przyjmowała Pani/Pan leki lub inne specyfiki światła uczulające?
3. Czy stosowała Pani/Pan w przeciągu ostatnich 2 tygodni następujące zioła: dziurawiec, nagietek?

| Tak | Nie |
|-----|-----|
|     |     |
|     |     |
|     |     |

### Pytania dotyczące zdrowia:

1. Czy cierpi Pani/Pan na schorzenia związane z wrażliwością na światło?
2. Czy ma Pani/Pan zaburzony stan zdrowia skóry w wyniku chorób lub innych powodów?
3. Czy Pani/Pana skóra ma skłonność do przebarwień?
4. Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca, pompę insulinową lub implanty?
5. Czy w ostatnim czasie przechodziła Pani/Pan chemioterapię lub radioterapię?
6. Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?
7. Czy są Pani/Panu znane inne okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegu?.....

| Tak | Nie |
|-----|-----|
|     |     |
|     |     |
|     |     |
|     |     |
|     |     |
|     |     |
|     |     |

Następujące choroby: cukrzyca, padaczka, pokrzywka świetlna, toczeń, łuszczyca, nadciśnienie, bielactwo stanowią przeciwwskazanie do wykonywania zabiegów światłem laserowym chyba że lekarz stwierdzi inaczej.

Ilość zabiegów, która jest potrzebna do uzyskania oczekiwanych efektów zależy m. in. od typu skóry, koloru włosów w miejscu zabiegu oraz indywidualnych predyspozycji poszczególnych osób, dlatego nie można z całą pewnością określić liczby zabiegów koniecznych do wykonania.

Rozumiem przebieg wzrostu włosa w różnych cyklach i wiem, że mieszek włosowy możliwy jest do zniszczenia wyłącznie w fazie anagen.

Rozumiem, że usuwanie owłosienia metodą IPL wymaga co najmniej 8 zabiegów.

Rozumiem, że włosy bardzo jasne lub takie, których mieszki leżą bardzo głęboko, poddają się epilacji z dużą trudnością lub nie są możliwe do usunięcia.

Rozumiem, że powodzenie zabiegu IPL zależy od typu skóry, koloru włosów i partii ciała i dlatego nie jest możliwe zagwarantowanie, że usunięcie włosów będzie całkowite i długotrwałe.

Rozumiem, że minimum 4 tygodnie przed zabiegiem i 2 tygodnie po zabiegu nie mogę korzystać z kąpieli słonecznych ani wizyt w solarium.

Jestem świadomy możliwych reakcji skóry na IPL: zaczerwienienia, uczucia pieczenia, lekkich obrzęków (lokalnych obrzęków) oraz hiper- i hipopigmentacji, powstałych po naświetlaniu skóry opalonej, odbarwienia te utrzymują się kilkanaście tygodni.

Rozumiem, że przeciwwskazaniami do zabiegu światłem IPL są: ciąża, padaczka, stymulator pracy serca, nadciśnienie, cukrzyca, łuszczyca, bielactwo, stosowanie produktów aktywnych na światło, stosowanie leków uwrażliwiających na światło.

Zapewniam, że wszelkie dane dotyczące mojego zdrowia, zażywania leków, produktów fotoaktywnych, ciąży, padaczki, stymulatora pracy serca, cukrzycy, ostatniego korzystania z promieni UV są zgodne z prawdą.

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że decyduje się na zabieg z pełną odpowiedzialnością, że przeczytałem i zrozumiałem niniejsze potwierdzenia. Ponadto potwierdzam, że otrzymałem ustne wskazania do właściwej pielęgnacji skóry przed zabiegiem i po zabiegu.

**WAŻNA UWAGA !!! Efekt zabiegowy jest indywidualny i nie da się określić ilości zabiegów.**

Zostałem poinformowany o wszystkich możliwych czynnikach ryzyka. Wyrażam zgodę na przewarżanie i archiwizację danych dotyczących sposobu wykonywania i przebiegu zabiegów.

podpis.....