



KARTA ZABIEGOWA

IMIĘ I NAZWISKO: _____

ADRES: _____

DATA URODZENIA: _____

TELEFON/E-MAIL: _____

Niniejsza ankieta dotyczy kwestii związanych z Państwa zdrowiem. Ma na celu uzyskanie informacji, które pozwala na bezpieczne przeprowadzenie zabiegów z wykorzystaniem Fali Radiowej w naszym gabinecie. Dokument jest poufny. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania zaznaczając odpowiednie pola.

1. Część ogólna:

	TAK	NIE	OPIS
1.1 Czy ma Pani/Pan rany/gojące się rany w części ciała, gdzie wykonywany będzie zabieg?			
1.2 Czy jest Pani w ciąży?			
1.3 Czy karmi Pani piersią?			
1.4 Czy ma Pani/Pan implanty, ciała obce metalowe w części ciała, gdzie wykonywany będzie zabieg?			
1.5 Czy ma Pani/Pan rozrusznik serca?			
1.6 Czy Pani/Pan zażywa leki sterydowe, przeciwzapalne, przeciwzakrzepowe (aspiryna)?			
1.7 Czy posiada Pani/Pan wypełnienia (np. Kwas hialuronowy, botoks, inne)?			

2. Inne schorzenia/przeciwwskazania

	TAK	NIE
2.0 Choroby nowotworowe		
2.1 Chorobą wątroby		
2.2 Choroba Raynauda		
2.3 Ostra pokrzywka pod wpływem zimna		

2.4 Krioglobulinemia		
2.5 Hipoproteinemia		
2.6 Zaawansowana cukrzyca u osób starszych		
2.7 Atopowe zapalenia skóry		
2.8 Opryszczka, pokrzywka		
2.9 Łuszczyca		
3.0 Naczyniaki		
3.1 Ostra infekcja, choroby zakaźne		
3.2 Gorączka		
3.3 Stwardnienie rozsiane		
3.4 NADciśnienie tętnicze		
3.5 Niewydolność serca		
3.6 Zakrzepowe zapalenie żył		
3.7 Cukrzyca		
3.8 Zaburzenie krzepnięcia krwi		
3.9 Padaczka		
4.0 Zapalenie kości i stawów		
4.1 Przewlekłe choroby nerek		
4.2 Zaburzenia czucia i bólu i doczuwania ciepła		
Inne:		

3. Czy znane są Pani/Panu inne okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegów z wykorzystaniem fali radiowej ?

.....

Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów rejestracji w bazie danych klientów Instytutu Derma, zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych o stanie zdrowia (Dz. U. 1997 nr 133, poz 883 z późn. zm.). W przypadku podania adresu e-mail w niniejszej ankiecie wyrażam zgodę na otrzymywanie materiałów informacyjnych, handlowych i reklamowych drogą elektroniczną zgodnie z Ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 26.08.2002 roku (Dz. U. 2002 nr 144, poz. 1204).

Przystępuje Pani/Panu prawo do wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich zmiany lub usunięcia.

Data

Czytelny podpis klienta

Czytelny podpis pracownika

.....

.....

.....

Oświadczenie zgody na zabieg fal radiowych VICTOR RF
(do zapoznania się i podpisania przed każdym zabiegiem)

Poinformowano mnie o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegów z użyciem fal radiowych VICTOR RF.

Przeciwwskazania stanowią: ciąża, karmienie piersią, menstruacja, rany, choroby skóry, alergie skóry, implanty, ciała obce, rozrusznik serca, zażywanie leków przeciwzapalnych, sterydowych, przeciwzakrzepowych, wypełnienia w postaci np. kwasu hialuronowego, botoksu, choroby nowotworowe, choroby zakaźne, infekcje, gorączka, stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, zakrzepowe zapalenie żył, przewlekłe choroby wątroby, cukrzyca, zaburzenia krzepnięcia krwi, padaczka, zapalenie kości i stawów, przewlekłe choroby nerek, zaburzenia czucia bólu i odczuwania ciepła.

Oświadczam, że dane dotyczące mojego zdrowia, zażywania leków oraz wszelkie informacje podane w niniejszej ankiecie na stronie 1/2 – Karta Klienta są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.

Po zabiegu fal radiowych VICTOR RF wskazane jest picie zwiększonej ilości wody (ok. 2 litry dziennie przez 3 doby), unikanie wysiłku fizycznego, odpoczynek oraz zmiana diety na niskotłuszczową.

Ilość zabiegów potrzebnych do uzyskania oczekiwanych efektów jest zależna od wielu czynników oraz indywidualnych predyspozycji poszczególnych osób oraz jest trudna do precyzyjnego określenia.

W przypadku zabiegów fal radiowych zalecana jest sesja max do 5 zabiegów 1 raz w miesiącu.

Przeprowadzono konsultację z pracownikiem gabinetu, w trakcie której zostały mi udzielone wyczerpujące informacje dotyczące wykonywanych zabiegów. W trakcie konsultacji miałam/em możliwość zadawania pytań i na wszystkie otrzymałam/em zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

Poniżej potwierdzam własnoręcznym podpisem, że decyduję się na zabieg fal radiowych VICTOR RF z pełną odpowiedzialnością. Potwierdzam, że przeczytałam/em i zrozumiałam/em powyższe zalecenia i przeciwwskazania do zabiegów. Potwierdzam, że otrzymałam/em ustne wskazania dotyczące właściwej pielęgnacji skóry przed zabiegiem i po zabiegu. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwych czynnikach ryzyka związanych z zabiegami fal radiowych VICTOR RF.

Informacje dodatkowe:

.....

Data

Czytelny podpis klienta

Czytelny podpis pracownika

.....

.....

.....

Tabela wykonanych zabiegów i zgody na zabieg

[illegible]