

Imię Nazwisko: .....  
Adres: .....  
Data urodzenia: .....  
Telefon: .....  
E-mail: .....

miejsowość/data: Krosno, .....

Osoba przeprowadzająca zabieg : .....

## WYRAŻENIE ZGODY NA ZABIEG Z UŻYCIEM LASERA

### 1. Zakres zabiegu – obszar wykonania

Ustalono, iż celem zabiegu jest użycie urządzenia Q-switch  
obszarze...../ zabieg pierwszy/ zabieg .....  
\*niepotrzebne skreślić.  
Jest uzyskanie efektu.....

Podpis Klienta – czytelny .....

- 1) Przyjmuję do wiadomości, że efekty zabiegu uzależnione są od wielu czynników, w tym od rodzaju skóry, ilości zastosowanego pigmentu oraz zastosowanej techniki, wobec czego oczekiwane przez Klienta efekt finalny zabiegu, będzie w przypadku każdego klienta inny. Ilość zabiegów oraz ich efekt jest uwarunkowany dla każdej osoby indywidualnie.

### 2. Przeciwwskazania do zabiegu – Oświadczenie o braku przeciwwskazań.

**Oświadczam, że nie występują u mnie następujących przeciwwskazania do zabiegu to znaczy :**

- Nie jestem w ciąży i w okresie laktacji .....  
Nie mam rozrusznika serca.....  
Nie mam łuszczycy (w fazie aktywnej),.....  
Nie mam nieustabilizowanej cukrzycy .....  
Nie mam hemofilii, .....  
Nie mam choroby nowotworowej,.....  
Nie mam żółtaczki i HIV,.....  
Nie mam arytmii serca,.....  
Nie mam epilepsji,.....  
Nie mam bielactwa,.....  
Nie mam opryszki,.....  
Nie mam nadpobudliwości nerwowej, tików nerwowych,.....  
Nie mam choroby autoimmunologicznej,.....  
Nie mam choroby gałki ocznej (w przypadku zabiegu na powiekach),.....  
Nie mam stanów zapalnych spojówek i oczu (w przypadku zabiegu na powiekach),.....  
Nie miałam/em zabiegów operacyjnych oczu (w przypadku zabiegu na powiekach),.....  
Nie mam zwyrodnienia siatkówki (w przypadku zabiegu na powiekach),.....  
Nie mam skóry z tendencjami do koloidów i blizn,.....  
Nie jestem w trakcie kuracji sterydowej,.....  
Nie jestem w trakcie antybiotykoterapii,.....