

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

miejscowość/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 łuszczyicy (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 zwydrodnienia 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,.....