|  |
| --- |
| Ultraformer知情同意书  感谢您选择Ultraformer接受三重分层拉皮超声刀抗衰，我们将竭诚为您服务。实操的术中或术后可能出现以下情况，治疗前告知如下：   1. 怀孕和哺乳期，皮肤感染期，治疗前必须如实告诉咨询师，否则由此造成的后   果，将由顾客本人承担。   1. 操作前后必须照相和量尺寸，为了顾客档案的完整性及进行疗效对比，由美   容院及咨询师保存，同时，有责任保护顾客隐私权。   1. Ultraformer治疗单次即可，超声刀的抗衰效果是叠加式的，实操后2-3个月   效果达到最佳，效果持续24-36个月以上。若需要再次治疗建议间隔1个月以上。如果2-3个月确实没有效果，操作师为顾客再次免费做一次。   1. 虽然操作师尽了最大努力，但由于个人的审美观点及基础条件的不同，治疗   效果只能在原有基础上完善美化，不一定都能满足顾客的要求，对效果应当有正确客观的认识。   1. 治疗后，可能有轻度的红肿，局部不适感，大多于数小时后可自行消失。 2. 治疗后，三天内不能桑拿泡澡及高温洗脸。 3. 顾客须严格遵守咨询师书面或口头告知的一切事项，如有不适，请及时联系美容院，由咨询师解决，如果由于延误复查所造成的不良后果，由顾客本人负责。 4. 备注：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿   以上事项，我已详细阅读，对咨询师的告知充分理解，经考虑，我同意接受治疗，并愿意承担上述风险。  贵宾签名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　咨询师签名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿  日期：　　　　　年 月 日 |
| Ultraformer脸部治疗记  治疗师：＿＿＿＿＿＿ 治疗日期：＿＿＿＿＿＿ 编号：＿＿＿＿＿＿  客户姓名：＿＿＿＿＿＿＿ 年龄：＿＿＿＿＿＿＿ 性别：□男 □女  1、拍摄术前照片： □有 □无  2、治疗探头资料：产品编号：＿＿＿＿探头批号：＿＿＿＿保存期限：＿＿＿＿  3、治疗开始时间：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 治疗结束时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  4、治疗尺寸（前）： 左 右 治疗尺寸（后）： 左 右  耳下垂到嘴角 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳下垂到嘴角 ＿＿＿＿＿＿＿  耳下垂到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳下垂到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿  耳下垂到下巴中 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳下垂到下巴中＿＿＿＿＿＿＿  嘴角到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿ 嘴角到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿  鼻翼到眼角 ＿＿＿＿＿＿＿ 鼻翼到眼角 ＿＿＿＿＿＿＿  眼角到眉峰 ＿＿＿＿＿＿＿ 眼角到眉峰 ＿＿＿＿＿＿＿  耳上垂到眼角 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳上垂到眼角 ＿＿＿＿＿＿＿  耳上垂到眉峰 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳上垂到眉峰 ＿＿＿＿＿＿＿  脸部图片 | |
| Ultraformer脸部治疗记录  5、标示治疗区域与发数分配  4.5mm 3.0mm 1.5mm  发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿  施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿  6、治疗总发数：  7、治疗过程中患者感到不舒服的程度： □无 □低 □中度 □严重  8、治疗后肌肤立即泛红几率： □无 □低 □中度 □严重  9、治疗后肌肤立即水肿几率： □无 □低 □中度 □严重  10、治疗医师备注：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 术  后  追  踪 | 治疗当天术后＿＿＿个月后 | ＿＿＿个月后＿＿＿个月后 | | 日期 日期 术后照：□有 术后照：□有  备注： 备注： | 日期 日期 术后照：□有 术后照：□有  备注： 备注： |   记录人员签名： 记录日期： |
| Ultraformer上庭治疗记录  治疗师：＿＿＿＿＿＿ 治疗日期：＿＿＿＿＿＿ 编号：＿＿＿＿＿＿  客户姓名：＿＿＿＿＿＿＿ 年龄：＿＿＿＿＿＿＿ 性别：□男 □女  1、拍摄术前照片： □有 □无  2、治疗探头资料：产品编号：＿＿＿＿探头批号：＿＿＿＿保存期限：＿＿＿＿  3、治疗开始时间：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 治疗结束时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  4、治疗尺寸（前）： 左 右 治疗尺寸（后）： 左 右  嘴角到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿ 嘴角到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿  鼻翼到眼角 ＿＿＿＿＿＿＿ 鼻翼到眼角 ＿＿＿＿＿＿＿  眼角到眉峰 ＿＿＿＿＿＿＿ 眼角到眉峰 ＿＿＿＿＿＿＿  耳上垂到眼角 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳上垂到眼角 ＿＿＿＿＿＿＿  耳上垂到眉峰 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳上垂到眉峰 ＿＿＿＿＿＿＿  脸部图片 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ultraformer上庭治疗记  5、标示治疗区域与发数分配  4.5mm 3.0mm 1.5mm  发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿  施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿  6、治疗总发数：  7、治疗过程中患者感到不舒服的程度： □无 □低 □中度 □严重  8、治疗后肌肤立即泛红几率： □无 □低 □中度 □严重  9、治疗后肌肤立即水肿几率： □无 □低 □中度 □严重  10、治疗医师备注：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 术  后  追  踪 | 治疗当天术后＿＿＿个月后 | ＿＿＿个月后＿＿＿个月后 | | 日期 日期 术后照：□有 术后照：□有  备注： 备注： | 日期 日期 术后照：□有 术后照：□有  备注： 备注： |   记录人员签名： 记录日期： |
| Ultraformer中庭治疗  治疗师：＿＿＿＿＿＿ 治疗日期：＿＿＿＿＿＿ 编号：＿＿＿＿＿＿  客户姓名：＿＿＿＿＿＿＿ 年龄：＿＿＿＿＿＿＿ 性别：□男 □女  1、拍摄术前照片： □有 □无  2、治疗探头资料：产品编号：＿＿＿＿探头批号：＿＿＿＿保存期限：＿＿＿＿  3、治疗开始时间：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 治疗结束时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  4、治疗尺寸（前）： 左 右 治疗尺寸（后）： 左 右  耳下垂到嘴角 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳下垂到嘴角 ＿＿＿＿＿＿＿  耳下垂到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳下垂到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿  耳下垂到下巴中 ＿＿＿＿＿＿＿ 耳下垂到下巴中＿＿＿＿＿＿＿  嘴角到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿ 嘴角到鼻翼 ＿＿＿＿＿＿＿  脸部图片 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ultraformer中庭治疗  5、标示治疗区域与发数分配  4.5mm 3.0mm 1.5mm  发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿  施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿  6、治疗总发数：  7、治疗过程中患者感到不舒服的程度： □无 □低 □中度 □严重  8、治疗后肌肤立即泛红几率： □无 □低 □中度 □严重  9、治疗后肌肤立即水肿几率： □无 □低 □中度 □严重  10、治疗医师备注：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 术  后  追  踪 | 治疗当天术后＿＿＿个月后 | ＿＿＿个月后＿＿＿个月后 | | 日期 日期 术后照：□有 术后照：□有  备注： 备注： | 日期 日期 术后照：□有 术后照：□有  备注： 备注： |   记录人员签名： 记录日期： |
| Ultraformer下庭治疗记  治疗师：＿＿＿＿＿＿ 治疗日期：＿＿＿＿＿＿ 编号：＿＿＿＿＿＿  客户姓名：＿＿＿＿＿＿＿ 年龄：＿＿＿＿＿＿＿ 性别：□男 □女  1、拍摄术前照片： □有 □无  2、治疗探头资料：产品编号：＿＿＿＿探头批号：＿＿＿＿保存期限：＿＿＿＿  3、治疗开始时间：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 治疗结束时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  脸部图片  5、标示治疗区域与发数分配  4.5mm 3.0mm 1.5mm  发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿  施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿  6、治疗总发数：  7、治疗过程中患者感到不舒服的程度： □无 □低 □中度 □严重  8、治疗后肌肤立即泛红几率： □无 □低 □中度 □严重  9、治疗后肌肤立即水肿几率： □无 □低 □中度 □严重  10、治疗医师备注：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 术  后  追  踪 | 治疗当天术后＿＿＿个月后 | ＿＿＿个月后＿＿＿个月后 | | 日期 日期 术后照：□有 术后照：□有  备注： 备注： | 日期 日期 术后照：□有 术后照：□有  备注： 备注： |   记录人员签名： 记录日期： |
| Ultraformer身体治疗记录  治疗师：＿＿＿＿＿＿ 治疗日期：＿＿＿＿＿＿ 编号：＿＿＿＿＿＿  客户姓名：＿＿＿＿＿＿＿ 年龄：＿＿＿＿＿＿＿ 性别：□男 □女  1、拍摄术前照片： □有 □无  2、治疗探头资料：产品编号：＿＿＿＿探头批号：＿＿＿＿保存期限：＿＿＿＿  3、治疗开始时间：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 治疗结束时间＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  4、治疗前体重：＿＿＿公斤 □无测量  5、治疗尺寸（前）：  左（）：＿＿＿公分 右（）：＿＿＿公分  左（）：＿＿＿公分 右（）：＿＿＿公分  左（）：＿＿＿公分 右（）：＿＿＿公分  6、治疗开始时间：＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 治疗结束时间：＿＿＿＿＿＿＿＿＿  身体图片 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7、标示治疗区域与发数分配  4.5mm 3.0mm 1.5mm  发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿ 发数：＿＿＿＿＿＿＿＿  施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿ 施打技巧：＿＿＿＿＿＿  8、治疗总发数：  9、治疗区域情况：□橘皮组织 □曲线改变 □肌肉松弛 □皱纹或褶皱 □其他  10、治疗过程中患者感到不舒服的程度： □无 □低 □中度 □严重  11、治疗后肌肤立即泛红几率： □无 □低 □中度 □严重  12、治疗后肌肤立即水肿几率： □无 □低 □中度 □严重  13、治疗医师备注：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 术  后  追  踪 | 治疗当天术后 | 个月后 | 个月后 | 个月后 | | 日期 | 日期 | 日期 | 日期 | | 术后照：□有  体 重：□公斤  □无测量 | 术后照：□有  体 重：□公斤  □无测量 | 术后照：□有  体 重：□公斤  □无测量 | 术后照：□有  体 重：□公斤  □无测量 | | 尺寸：  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  其他＿＿＿公分  ＿＿＿公分  ＿＿＿公分 | 尺寸：  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  其他＿＿＿公分  ＿＿＿公分  ＿＿＿公分 | 尺寸：  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  其他＿＿＿公分  ＿＿＿公分  ＿＿＿公分 | 尺寸：  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  左＿＿＿＿公分  右＿＿＿＿公分  其他＿＿＿公分  ＿＿＿公分  ＿＿＿公分 | | 备注 | 备注 | 备注 | 备注 |   记录人员签名： 记录日期： |

对比照

前 后