

ANKIETA



IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA

DZIEŃ

MIESIĄC

ROK

ADRES ZAMIESZKANIA

NUMER TELEFONU

Zabieg dla osób pełnoletnich!

(Wpisz w nawiasie ,N" jeśli NIE, ,T" jeśli TAK)

- Czy masz ukończone 18 lat? ()
- Czy aktualnie czujesz się zdrowa ()
- Masz podwyższoną temperaturę ciała ? ()
- Czy przechodzisz obecnie chorobę typu angina, grypa oraz czy zażywasz aktualnie antybiotyki ? ()
- Czy chorujesz lub chorowałaś na chorobę nowotworową w ostatnich 10 latach ? ()
- Czy chorujesz na cukrzycę typu 1 ? ()
- Czy cierpisz na chorobę autoimmunologiczną? ()
- Czy chorujesz na choroby serca / nadciśnienie tętnicze ? ()
- Czy chorujesz na zaburzenia krzepnięcia krwi? ()
- Czy chorujesz na choroby nerek? ()
- Czy jesteś uczulona na lidokainę ? ()
- Czy kiedykolwiek wystąpił u Ciebie wstrząs anafilaktyczny/ jeśli tak to z jakiego powodu ? ()
- Czy w ciągu ostatnich 48 godzin stosowałaś/eś leki przeciwzakrzepowe lub rozrzedzające krew (np. aspiryna, polopiryna, acard, flexiparyna itd)? ()
- Czy jesteś uczulona na jad pszczoły ? ()
- Czy jesteś uczulona na znieczulenie dentystyczne? ()
- Czy występują u Ciebie schorzenia skóry w okolicy wykonywanego zabiegu? ()
- Czy przyjmujesz leki sterydowe? ()
- Czy aktualnie masz aktywną opryszczkę ? ()
- Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią? ()
- Czy występują u Ciebie bliznowce (keloidy) ? ()
- Czy w ostatnim miesiącu miałaś wykonywany zabieg z zakresu medycyny estetycznej? ()
- Czy w ciągu ostatnich 48 h zażywałaś/eś narkotyki lub piłaś/eś alkohol? ()
- Czy w ostatnim miesiącu miałaś wykonywany makijaż permanentny ust ? ()
- Czy byłaś szczepiona na HIV/ WZW/ EIC? ()
- Czy cierpisz na łuszczycę, egzemę lub inną chorobę skóry np. grzybice w okolicy ust ? ()

- Czy jesteś na stałe pod opieką jakiejś poradni specjalistycznej? ()
Jeśli tak, to jakiej
- Czy w ostatnim tygodniu oddawałaś honorowo krew ? ()
- Czy przyjmujesz jakieś leki na stałe ? ()
- Jeśli tak, to czy konsultowałaś ze swoim lekarzem prowadzącym brak przeciwwskazań do zabiegu z użyciem kwasu ?
.....
- Czy w przeszłości poddawałaś/eś się zabiegom ostrykiwania, wypełniania kwasem hialuronowym lub botoksem. Jeżeli wystąpiły komplikacje to jakie? ()
.....
- Czy w ostatnim miesiącu miałaś/eś zabiegi w okolicy obszaru zabiegowego z uwzględnieniem krwawej operacji uzębienia? ()
.....

OPIS ZABIEGU

ZABIEG POLEGA NA SERII MIKRO NAKŁUĆ DZIĘKI KTÓRYM SKŁADNIKI AKTYWNE ZOSTANĄ WPROWADZONE W NASKÓREK, MOGĄ ONE SPOWODOWAĆ ZASINIENIA, LEKKI OBRZĘK - OPUCHNIĘCIE ,MIKRO WYBRO CZYNY I ZACZERWIENIENIE W MIEJSCACH PODANIA PREPARATU, KTÓRE USTĄPIĄ PO KILKU DNIACH.

PRZECIWWSKAZANIA

PRZEZ 48 GODZIN NALEŻY UNIKAĆ INTENSYWNEJ EKSPOZYCJI NA SŁOŃCE I POWSTRZYMAĆ SIĘ OD WIZYT W SOLARIUM, SAUNIE NA BASENIE. ZABRONIONE JEST UŻYWANIE INNYCH PREPARATÓW KOSMETYCZNYCH ORAZ PODDAWANIE SIĘ INNYM ZABIEGOM , ORAZ ODRADZAM SPOŻYWANIE ALKOHOLU, MOCNEJ KAWY I HERBATY.

DODATKOWO, WYRAŻAM ZGODĘ NA DOKUMENTACJĘ FOTOGRAFICZNĄ W CELACH UZUPEŁNIAJĄCYCH DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ.

.....

(CZYTELNY PODPIS KLIENTKI/A)

(MIEJSCE I DATA)