

תאריך: _____

שם המטופל/ת: _____

הון עור המטופל/ת I II III IV V VI
 בהיר כהה

טופס הסכמה לטיפול מיקרונידלינג/פרקשיונל לחידוש והצרת העור

1. הריני לאשר כי הוסבר לי על ידי המטופל/ת _____ על מהות הטיפול במכשיר ה- PIXEL עם ידיעות הפרקשיונל והמיקרונידלינג לטיפול בחידוש והצרת העור.
2. אני מודעת/ת לכך כי התוצאות הקליניות שונות ממטופל/ת למטופל/ת כתוצאה מגורמים רבים הכוללים: סוג עור המטופל/ת, הסטוריה רפואית, גיל המטופל/ת, היענות המטופל/ת להוראות "לפני ואחרי" טיפול ונתונים נוספים שאינם קשורים במכשיר ו/או במטפל.
3. אני מודעת/ת לתופעות הלוואי האפשריות כגון: אדמומיות, גלדים, כאבים באיזור הטיפול וכו'... והן הוסברו לי במפורט על ידי המטופל/ת ו/או בעלת הקליניקה ו/או הרופא.
4. בחתימתי על טופס הסכמה זה, הנני מאשרת כי קיבלתי את המידע המלא על אופי ומטרת תהליך הטיפול, התוצאות המצופות מהטיפול והסיבוכים ותופעות הלוואי האפשריות, ואני מבינה כי לא ניתן לערוב לתוצאה הסופית שתתקבל, גם אם לא עמדה בציפיותי.
5. אני מודעת/ת באופן מלא כי ההחלטה להתחיל בתהליך הטיפול מבוססת אך ורק על ביטוי רצוני לעשותו.
6. בחתימתי זו הנני מצהירה/ה כי אין במצבי הרפואי מניעה לקבל את הטיפול על פי התוויות הנגד כגון: הריון, הנקה, קוצב לב או דיפרילטור, נטילת ריאקוטן בששת החודשים האחרונים שקדמו לטיפול, ניתוח באיזור הטיפול בששת החודשים שקדמו לטיפול, נטילת נוגדי קרישה (כגון אספירין וכו'), סוכרת שאינה מאוזנת, לחץ דם שאינו תקין, שתלים, חומרי הזרקה שהוזרקו בחודש האחרון, הזרקות/השתלות סיליקון, מחלות אוטואימוניות, סרטן בעבר או בהווה, מחלות דרמליות, שומות טרום סרטניות, מערכת חיסונית מוחלשת, מחלות העלולות להתעורר כתוצאה מחשיפה לחום (הרפס), איזור שבו יש פצעים, אקזמה, פסוריאזיס, רגישות למתכות ו/או כל מידע רפואי אחר שרלוונטי לתהליך הטיפול.
7. כמו כן, מסרתי את כל המידע הרפואי שלי למטופל/ת ואת כל המידע לגבי תרופות שאני נוטלת ומידע זה מופיע כאן: _____ (במידה וקיים).
8. אני מסכימה/ה שיצלמו אותי לצורך מעקב רפואי ומאשר את השימוש האנונימי בתמונות אלו למטרות קידום ופרסום.
9. הריני לאשר כי קראתי בעיון רב את טופס ההסכמה לטיפול והבנתי את כל הנאמר בו.

תאריך _____

חתימת המטופל/ת: _____