

HASTA/MÜŞTERİ BİLGİLERİ

TARİH _____
ADI _____
ADRES _____
İLÇE/İL/POSTA KODU _____

EV TELEFONU _____
İŞ TELEFONU _____
CEP TELEFONU _____
E-POSTA _____
FAKS _____

TEDAVİ (Lütfen her açıklamaya paraf atın)

_____ Tedavi bana ayrıntılı olarak açıklandı.

_____ PROFESYONEL PEELİNG ÜRÜNLERİ İLE CİLDİMDE GERÇEKLEŞEBİLECEK FAYDALAR VE ETKİLER BANA TEDAYLI OLARAK ANLATILDI

TEDAVİ (Lütfen birini seçin)

_____ ORMEDIC LIFT
_____ SIGNATURE LIFT
_____ LIGHTENING LIFT
_____ WRINKLE LIFT
_____ ACNE LIFT
_____ BETA LIFT
_____ PERFECTION LIFT
_____ TCA ORANGE PEEL

CİLT DURUMU (Uygun olanları seçin)

_____ YÜZEYSEL KIRIŞIKLIKLAR, İNCE ÇİZGİLER
_____ DERİN KIRIŞIKLIKLAR, İNCE ÇİZGİLER
_____ AKNE VEYA AKNEYE EĞİLİMLİ
_____ DERİN HİPERPİGMENTASYON (ÇİL/KAHVERENGİ NOKTALAR)
_____ ŞİDDETLİ ERKEN YAŞLANMA
_____ ROSACEA
_____ KURUMA
_____ AKNE İZLERİ
_____ DENGESİZ

ÖNLEMLER (Lütfen dikkatle okuyunuz)

- Alacağınız tedavi, cildin dış katmanlarını pul pul dökmek veya uzaklaştırmak üzere tasarlanmış bir klinik uygulamadır.
- Estetisyeninizin önerdiği ev bakım ürünlerini doğru şekilde kullanmanız cilt bakım tedavinizin sonucunu etkileyecektir.
- Medikal uygulamalar süresince rahatsızlığın tedavisi konusunda herhangi bir garanti, kesin sonuç ifade veya ima edilmemektedir.
- Uygulama sırasında geçici batma veya kızarıklık hissedebilirsiniz. Bu, birkaç dakika içinde geçecektir. Sonraki birkaç saatte, cildiniz sıkılaşabilir ve bu durum birkaç gün sürebilir.
- Çoğu hasta için pullanma 48 saat içinde başlar. Genellikle dökülme işlemi genellikle 5-7 gün içinde diner.
- Uygulanan klinik peeling'e ve cilt durumuna bağlı olarak, bazı hastalarda aşağıdaki etkiler oluşabilir:
1) Uzayan kızarıklık, tahriş ve pul pul olma
2) Kuruluk ve duyarlılık
3) Nadiren şiddetli alerjik reaksiyonlar

LÜTFEN PARAF ATINIZ (Lütfen dikkatlice okuyunuz)

_____ HAMİLE DEĞİLİM.**
_____ ASPIRİNE KARŞI ALERJİM YOK.
_____ SON 24 SAATTE GLİKOLİK ASİTLİ ÜRÜN KULLANMADIM.
_____ SON 72 SAATTE RETINOL İÇEREN ÜRÜNLERİ KULLANMADIM.
_____ SON 1 YILDA ROACCUTANE KULLANMADIM.
_____ İYİLEŞME SIRASINDA CİLDİ FIRÇALAMAMAYI, SOYMAMAYI
VEYA KAŞIMAMAYI KABUL EDİYORUM.
_____ CİLTTE KABUKLANMA VE DÖKÜLME OLABİLECEĞİNİ KABUL EDİYORUM.
_____ VARSA ALERJİK EĞİLİMLERİ ORTADAN KALDIRMAK İÇİN BANA BİR ÖN
YAMA TESTİ VERİLDİ.
_____ HALİHAZIRDA HİDROKORTİZON KULLANMADIĞIMI KABUL EDİYORUM.

_____ AKTİF UÇUĞUM YOK.
_____ RADYASYON TEDAVİLERİ ALMADIM.
_____ IMAGE PEELING SONRASI KİT KULLANMANIN ZORUNLU OLDUĞUNU KABUL EDİYORUM.
_____ 2 HAFTA BOYUNCA DOĞRUDAN GÜNEŞ IŞIĞINDAN UZAK DURMAYI KABUL EDİYORUM.
_____ HERHANGİ BİR ENDİŞE HALİNDE DOKTORU/ESTETİSYENİ BİLGİLENDİRMİYİ KABUL EDİYORUM.
_____ IMAGE PREVENTION+ UYGULAMAYI KABUL EDİYORUM.
_____ TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASINDA 7 GÜN SÜREYLE AĞDA YAPMAMAYI KABUL EDİYORUM.
_____ PLANLANAN RANDEVUYA UYMAYI KABUL EDİYORUM.
_____ TEDAVİLERDEN 5 GÜN ÖNCE/SONRA RETINOL - A ÜRÜNLERİ KULLANMAMAYI KABUL EDİYORUM.
_____ BİR UZMAN GÖZETİMİ ALTINDAYIM VE TEDAVİ PLANINI UZMANIMLA OLUŞTURDUK

** HAMİLE KADINLAR İÇİN ORMEDIC
LIFT VE SIGNATURE LIFT SAFE HARİÇ.

İZİN (Lütfen imzalayın)

İznimi ve yetkiyi burada gönüllü olarak _____ (firma adı)'na vermekteyim ve bu firmayı, sonuç dikkate alınmaksızın bu tedaviyle ilgili olarak hali hazır da sahip olduğum veya gelecekte sahip olabileceğim tüm iddialara karşı ibra etmekteyim. Yukarıdaki tedavi ve önlemlerin bana ayrıntılı olarak anlatıldığını ve onları tam olarak anladığımı belirtmekteyim.

MÜŞTERİ İMZASI: _____ TARİH: _____

ŞAHİT: _____ TARİH: _____