

VYHLÁSENIE O SÚHLASE S PROCEDÚROU
ODSTRÁNENIA TETOVANIA/PMU
LASEROM

Dátum narodenia: _____

Meno a priezvisko: _____

Adresa: _____

Telefón: _____

email: _____

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE

(tieto informácie sú dôverné)

Trpíte nasledujúcimi stavmi alebo užívate niektoré z týchto liekov?

Choroba krvi? (Hemofília, trombóza, anémia) ÁNO NIE _____

Cukrovka (TYP 1 alebo 2) ÁNO NIE

Hepatitída A, B, C, D, E, F ÁNO NIE

HIV + ÁNO NIE

Kožné choroby?

Rosacea, impetigo, lupus alebo čokoľvek iné? ÁNO NIE _____

Trpíte AKNÉ? ÁNO NIE

Ekzém alebo atopická dermatitída? ÁNO NIE _____

Alergie na lieky, potraviny, kovy, kozmetika atď?. ÁNO NIE _____

Autoimunitné ochorenia? ÁNO NIE _____

Akútna alebo chronická infekcia alebo horúčka ÁNO NIE

Ste náchylný na opary (herpes) alebo pľuzgiere? ÁNO NIE

Epilepsia alebo akýkoľvek iný stav spojený so záchvatmi? ÁNO NIE

Kardiovaskulárne problémy? (Srdce) ÁNO NIE

Beriete lieky na riedenie krvi? ÁNO NIE _____

Užívate denne nejaké lieky? (Aspirín a iné) ÁNO NIE _____

Máte problémy s hojením rán? ÁNO NIE

Máte sklon k tvorbe keloidov alebo hypertrofických jaziev ÁNO NIE

Užili ste drogy alebo alkohol za posledných 24 hodín? ÁNO NIE

Mali ste za posledných 14 dní operáciu alebo iný lekársky zákrok? ÁNO NIE

Mali ste aplikovaný Botox za posledné 4 týždne? ÁNO NIE

Došlo za posledných 8 týždňov k nejakému vystaveniu pokožky laseru? ÁNO NIE

Používate pravidelne retinol-A, exfoliátory? ÁNO NIE _____

Máte v čase procedúry menštruačný cyklus? ÁNO NIE

Máte alebo ste niekedy mali rakovinu? ÁNO NIE

