

KARTA INFORMACYJNA

DANE OSOBOWE: (uzupełnia Klient)

Imię.....
Nazwisko.....
Adres.....
Telefon.....
Mail.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA:

Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są poufne służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z osobą wykonującą zabieg.

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?	TAK ☐ NIE ☐	Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? Lateks, lidokaina, maści, inne?	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak to, na co:		Jeśli tak to, na co:	
Czy występują u Pana(i):			
obrzęki	TAK ☐ NIE ☐	pokrzywka	TAK ☐ NIE ☐
znamiona barwnikowe	TAK ☐ NIE ☐	swędzenie	TAK ☐ NIE ☐
Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?	TAK ☐ NIE ☐		
Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?			
choroby nowotworowe	TAK ☐ NIE ☐	zaburzenia metaboliczne (cukrzyca)	TAK ☐ NIE ☐

choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia)	TAK ☐ NIE ☐	choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn)	TAK ☐ NIE ☐
choroby układu nerwowego (padaczka, zaburzenia czucia, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, miastenia)	TAK ☐ NIE ☐	choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	TAK ☐ NIE ☐
choroby psychosomatyczne (depresja, nerwica)	TAK ☐ NIE ☐	choroby skóry (łuszczyca, bielactwo, AZS, fotodermatozy)	TAK ☐ NIE ☐
choroby zakaźne			
żółtaczką zakaźną A	TAK ☐ NIE ☐	AIDS/ HIV	TAK ☐ NIE ☐
żółtaczką zakaźną B	TAK ☐ NIE ☐	ch. weneryczne	TAK ☐ NIE ☐
żółtaczką zakaźną C	TAK ☐ NIE ☐		
opryszczka	TAK ☐ NIE ☐		
inne dolegliwości jakie?			
Czy zażywa Pan(i) leki przeciwbólowe (ibuprofen, ketoprofen, naproksen)	TAK ☐ NIE ☐	Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki?	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to ile i od kiedy:		Jeśli tak to jakie:	
Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin?	TAK ☐ NIE ☐	Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn?	TAK ☐ NIE ☐
Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę (Accutane, Izotek)?	TAK ☐ NIE ☐	Czy przyjmuje Pan(i) leki przeciwzakrzepowe lub aspirynę?	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku		Jeśli tak to jakie:	
Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety?	TAK ☐ NIE ☐	Czy często się Pan(i) opala?	TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak to jakie:		Data ostatniej ekspozycji na słońce/solarium	

Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK ☐ NIE ☐

Czy używa Pan(i) samoopalaczy? TAK ☐ NIE ☐ Czy używa Pan(i) kremów z filtrem? TAK ☐ NIE ☐

Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu które ma być poddane zabiegowi? TAK ☐ NIE ☐ Czy używał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK ☐ NIE ☐ Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Czy karmi Pani piersią? TAK ☐ NIE ☐ Czy występowały kiedykolwiek u Pani zaburzenia hormonalne? (np. zespół policystycznych jajników) TAK ☐ NIE ☐

Potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. W przypadku gdy stan mojego zdrowia ulegnie zmianie, niezwłocznie poinformuję o tym personel

Data, czytelny podpis /

Podpis opiekuna prawnego (Dla osób niepełnoletnich)

