

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Új generációs 4D LIPOLÉZER készülék

NÉV:		LAKCÍM:	
-------------	--	----------------	--

A beleegyző nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a lipolézer kezelés megkezdése előtt teljeskörű szóbeli és írásbeli tájékoztatást kaptam – kapcsolódó tájékoztató anyagokat gondosan átolvastam - a kezelés céljáról, lényegéről, kockázatairól, lefolyásáról, azokról az okokról és körülményekről, melyek fennállása esetén a kezelés nem kezdhető/végezhető, illetve, hogy teljes biztonsággal nem lehet előre jelezni a kezelés eredményét. Tisztában vagyok vele, hogy a kezelés nem orvosi kezelés, illetve a tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért, hatásaiért abszolút garanciát vállalni nem lehet. A kezelés igénybevételéért a felelősséget vállalom. Az igénybevétel szabad akaratomból, kényszermentesen történik. Tudomásul vettem és vállalom, hogy a kezelés után 1 hétig nem napozom, nem megyek szoláriumba és kerülöm az erős hő- és fényhatást. A kezelést követően betartom a magas- napi 3 liter tiszta- vízfogyasztást és a kezelést követő 24 órás diétát. Tudomásul vettem, hogy a kezelést követő mellékhatások a következők lehetnek: bőrpír, kiütések, enyhe hiperpigmentáció, kisebb hólyagok. A kezelés során alkalmazott hatóanyagokra nem vagyok allergiás.

Kijelentem, hogy nem vagyok várandós, nem szoptatok, nincs epilepsziám, szív- és érrendszeri, vagy keringési rendellenességem, nincs pacemakerem, vagy bármilyen más fémimplantátumom, nincs májbetegségem, veseelégtelenségem, vagy cukorbetegségem, a kezelendő területen nincs bőrbetegség, gyulladás, vagy reuma. Egészségi állapotom a kezelés igénybevételét megengedi.

Hozzájárulok, hogy fényképek készüljenek a kezelendő területről, a kezelés előtt és után, hogy dokumentálni lehessen a kezelés folyamatát. A fényképek tudományos és marketing célú, anonim nyilvánosságra hozatalához földrajzi korlátozás nélkül hozzájárulok, amennyiben felismerhetetlen leszek a képeken és előzetesen ellenőrizhetem a képet:

- offline (fényképalbumban felhasználásához): Igen Nem
- online marketing formában (Online cikk /Honlap/ Közösségi média): Igen Nem

Tudomásom van arról és elfogadom, hogy jelen hozzájárulásomat írásban közölt nyilatkozattal bármikor visszavonhatom, azonban az csak a hozzájárulásom visszavonását követő időszakra vonatkozóan köti a Jogosultat. Visszavonó nyilatkozatomat az marketing@martfusp.hu email címen elektronikusan bármikor megtehetem. A kezelő GDPR szabályait megismertem.

Amennyiben a kezelés időszaka alatt bármiféle egészségügyi probléma merülne fel, haladéktalanul orvosi segítséget veszek igénybe és az egészségügyi személyzetet a kezelés igénybevételéről kifejezetten tájékoztatom, valamint a problémáról haladéktalanul tájékoztatom a számomra kezelést nyújtókat.

Kijelentem továbbá, hogy a fenti kezelés folyamatát részletesen elmagyarázták nekem és azt, valamint az alternatív eljárás lehetőségét, illetve a kockázatokat is megértettem, és minden kérdésemre választ kaptam.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatomat polgári jogi és büntetőjogi felelősségem tudatában, cselekvőképességem teljes birtokában tettem meg. *Hozzájárulok a lipolézeres kezeléshez és a fent említett tételekhez.*

Kezelést igénybe vevő aláírása és nyomtatott neve	Konzultáló aláírása és nyomtatott neve

Helység, Dátum:	
-----------------	--

Tanúk:

Név:	Név:
Szül. hely, idő:	Szül. hely, idő:
Anyja neve:	Anyja neve:
Lakcím:	Lakcím:

Lipolézer alkalmassági teszt

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

Ellenjavallatok és kizáró tényezők:

- Nem vagyok terhes, nem szoptatok.
- Nem vagyok epilepsziás.
- Nincs szív és érrendszeri, keringési megbetegedésem.
- Nincsen pacemakerem.
- Nincs beépített fém a kezelendő területen (spirál, gyomorgyűrű, stb)
- Nincs máj-és vesebetegségem.
- Nem vagyok cukorbeteg. Nincs krónikus, szisztémás vagy autoimmun betegségem.
- Nincs helytelen veseműködésem.
- Nincs reumám a kezelendő területen.
- Nincs és nem is volt herpeszem a kezelendő területen.
- Nincs sérülés, bőrbetegség, gyulladás vagy nyílt seb a kezelendő területen.
- 18 év feletti vagyok.
- Nem irritált, sérült a bőröm
- Nem szedek szteroidokat, cortisone-t.
- Nincs porphyria betegségem.
- Nem szedek klorokint vagy metotrexátot tartalmazó gyógyszereket.
- Nincs daganatos betegségem.
- Nincs fényérzékenységem
- Nem szedek fényérzékenységet okozó gyógyszert (pl.: Tetracycline)
- Tetoválás

Alulírott polgári jogi és büntető jogi felelősségem tudatában és cselekvőképességem teljes birtokában kijelentem, hogy a fenti egészségügyi jellemzők és betegségek egyikével sem rendelkezem, illetve a felsorolt esztétikai beavatkozások közül egyiket sem végeztettem el a kezelendő területen.

Dátum, hely:	Aláírás:
--------------	----------

-----VAGY-----

Fent nevezett jellemzők egyikével vagy mással rendelkezem, melyek a következők:

.....

Dátum, hely:	Aláírás:
--------------	----------

Konzultáns aláírása:.....

Tanúk:

Név:	Név:
Szül. hely, idő:	Szül. hely, idő:
Anyja neve:	Anyja neve:
Lakcím:	Lakcím:

Lipolézeres adatlap

Név:	Tel.:
Ismert betegség(ek):	
Megjegyzés:	

Kezelés #1 Dátum:

1. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
2. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
Beállítások			
Súly/testzsírszázalék			

Kezelés #2 Dátum:

1. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
2. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
Beállítások			
Súly/testzsírszázalék			

Kezelés #3 Dátum:

1. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
2. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
Beállítások			
Súly/testzsírszázalék			

Kezelés #4 Dátum:

1. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
2. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
Beállítások			
Súly/testzsírszázalék			

Kezelés #5 Dátum:

1. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
2. Kezelt terület		Körfogat (cm)	
Beállítások			
Súly/testzsírszázalék			