

MONOSULPT SHAPE FLEX Alakformáló, izomedző és zsírbontó, innovatív alakformáló gép

Beleegyző nyilatkozat

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

A beleegyző nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a rádiófrekvenciás 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. Tájékoztatót kaptam arról, hogy a rádiófrekvenciás kezelés magas hővel jár. A kezelés során erősebb meleg érzet tapasztalható, illetve erősebb bőrpír, mely később elmúlik. Megértettem, hogy több kezelésre van szükség a kívánt hatás elérése érdekében. Teljes biztonsággal nem lehet előre jelezni a kezelés eredményét.

Kijelentem, hogy az egészségügyi alkalmassági teszten megadott adatok valóságosak és nincs olyan fennálló betegség, körülmény vagy egyéb egészségügyi információ, melyről a kezelőt nem tájékoztattam. Egészségi állapotom a kezelés igénybevételét megengedi.

Vállalom, hogy a kezelést követő 48 órában nem végzek izzasztó sporttevékenységet, nem veszek igénybe szolárium és szauna, forró fürdő szolgáltatásokat, nem napozok, illetve napon tartózkodás esetén magas faktorszámú fényvédőt használok. Tudomásul veszem, hogy a kezelés mellékhatásaként felléphet izzadás, duzzanat, bőrpír, hólyagok, pattanás-szerű bőrelváltozás, csomók, felületi szövetsorvadás, égési sérülés.

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@martfuspa.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, hogy a jelen nyilatkozatomat polgári jogi és büntető jogi felelősségem tudatában, cselekvőképességem teljes birtokában tettem meg. *Hozzájárulok a rádiófrekvenciás 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:

Rádiófrekvencia alkalmassági teszt

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

Ellenjavallatok és kizáró tényezők:

- Nem vagyok terhes, nem szoptatok.
- Nincs daganatos betegsége.
- Nincs tetoválás a kezelni kívánt testrészemen.
- Nem vagyok vérzékeny.
- Nem állok szteroidos kezelés alatt.
- Nem szedek véralvadásgátló gyógyszereket.
- Nem voltam szoláriumban/ nem napoztam a kezelés napján.
- Nincsenek véralvadási problémáim.
- Nem veszek részt hormonális terápiában.
- Nincs aktív kollagén/érbetegségem.
- Nem szedtem izotretinoint az elmúlt időszakban (kevesebb, mint 1 éve).
- Nincs a kezelendő területen dermális töltőanyag (pl.: kollagén, hialuronsav).
- Nincsen fém implantátum vagy idegen anyag a kezelendő terület alatt (spirál, gyomorgyűrű).
- Nem vagyok epilepsziás.
- Nincs szív és érrendszeri, keringési megbetegedésem.
- Nincsen pacemakerem.
- Nincs máj-és vesebetegségem.
- Nem vagyok cukorbeteg.
- Nincs reumám, bőrbetegségem a kezelendő területen.
- Nincs és nem is volt herpeszem a kezelendő területen.
- Nincs sérülés, bőrbetegség, gyulladás vagy nyílt seb a kezelendő területen.
- Nincs krónikus és szisztémás vagy autoimmun betegségem
- 18 év feletti vagyok.

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:

Rádiófrekvencia adatlap

Név:	Tel.:
Ismert betegség(ek):	
Beleegyező nyilatkozat kitöltve:	Alkalmassági teszt kitöltve:
Kúra kombináció:	
Fém implantátum:	

Kezelés #1 Dátum:

Kezelt terület		Használt kezelőfej(ek):	
Paraméter beállítások:			
Reakciók:			

Kezelés #2 Dátum:

Kezelt terület		Használt kezelőfej(ek):	
Paraméter beállítások:			
Reakciók:			

Kezelés #3 Dátum:

Kezelt terület		Használt kezelőfej(ek):	
Paraméter beállítások:			
Reakciók:			

Kezelés #4 Dátum:

Kezelt terület		Használt kezelőfej(ek):	
Paraméter beállítások:			
Reakciók:			

Kezelés #5 Dátum:

Kezelt terület		Használt kezelőfej(ek):	
Paraméter beállítások:			
Reakciók:			

Kezelés #6 Dátum:

Kezelt terület		Használt kezelőfej(ek):	
Paraméter beállítások:			
Reakciók:			

Kezelés #7 Dátum:

Kezelt terület		Használt kezelőfej(ek):	
Paraméter beállítások:			
Reakciók:			

Kezelés #8 Dátum:

Kezelt terület		Használt kezelőfej(ek):	
Paraméter beállítások:			
Reakciók:			