

NAZWISKO IMIĘ data ur.

Adres..... Tel. e-mail:

Proszę o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na następujące pytania:
(proszę zaznaczyć **X** właściwą odpowiedź i **podkreślić** Państwa choroby)

Wszystkie informacje uzyskane od Pana/i wykorzystane będą w procesie leczenia, są poufne, dotyczą dokumentacji medycznej i są objęte tajemnicą zawodową.

Rodzaj wizyty	data	Uwagi i zalecenia
Konsultacja		
Wykonanie zabiegu		
Kontrola po zabiegu		
Uczulenia		

Czy cierpi Pan/i na choroby neurologiczne: nużliwość mięśni, miopatię?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Zmiany w obrębie twarzy i szyi przed wykonanym leczeniem?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy jest Pani w ciąży? Data ostatniej miesiączki	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy aktualnie karmi Pani piersią?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy zażywa Pan/i aktualnie antybiotyki?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak. Jakie
Czy leczy się Pan/i na astmę, alergię?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy cierpi Pan/i na choroby autoimmunologiczne: toczeń układowy, choroba Hashimoto?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy zażywa Pan/i środki przeciwkrzepliwe (antykoagulanty, aspiryna)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy przeszedł/a Pan/i wstrząs anafilaktyczny?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy ma Pan/i skłonność do bliznowców?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy cierpi Pan/i na choroby serca (kardiopatie)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Czy leczy się Pan/i na nadciśnienie?		
Czy leczy się Pan/i na padaczkę?		
Czy leczy się Pan/i na cukrzycę?		
Czy leczy się Pan/i na niewydolność wątroby?		
Czy leczy się Pan/i sterydami (kortyzol)?		

- Po zabiegu (szczególnie w przypadku wypełniaczy) może utrzymać się zaczerwienienie od 2 do 4 godz. Okres ten może być dłuższy lub krótszy w zależności od wieku, rodzaju skóry
- Palenie i opalanie może skrócić czas działania efektu zabiegu
- Efektu początkowego należy spodziewać się po 72 godz. , całkowity efekt po ok. 2 tyg.
- Efekty zabiegu utrzymują się indywidualnie 3 - 6 miesięcy (Toxyny Bothulinowe), 6 -8 miesięcy (usta 2-3) miesięcy

ZALECENIA PO ZABIEGU:

1. Przez okres 2-4 godzin nie należy wykonywać ruchów mimicznych
2. Nie należy przyjmować pozycji leżącej przez 4 godziny
3. nie należy spożywać alkoholu do końca dnia
4. Nie należy się schylać, ćwiczyć do końca dnia
5. Nie należy podróżować samolotem do końca dnia
6. Nie należy stosować rozgrzewaczy (sauna, masaż, zabiegi kosmetyczne, nasłonecznianie) przez ok. 2 tygodnie
7. Nie nakładać makijażu do końca dnia.
8. W przypadku kontaktu ze słońcem należy stosować filtry ochronne, nie należy stosować łącznie z zabiegami laserowymi, peelingiem chemicznym, dermabrazją mechaniczną w czasie lub przed zabiegiem

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłem/Am żadnych danych dotyczących stanu mojego zdrowia. Poinformowano mnie o istocie zabiegu oraz o możliwych działaniach niepożądanych (zasinienie, opadanie powiek lub brwi, podwójne widzenie) możliwości oporności na preparat oraz możliwości wytworzenia wtórnej oporności.

.....
data i podpis pacjenta