Ankieta Medycyny Estetycznej

RE/1/36

NAZWISKO ..... IMIĘ ..... PESEL.....

Adres.....Tel..... email:.....

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?	☐ Nie	☐ Tak
Zmiany w obrębie twarzy i szyi przed wykonanym leczeniem?	☐ Nie	☐ Tak
Czy jest Pani w ciąży? Data ostatniej miesiączki	☐ Nie	☐ Tak

Czy aktualnie karmi Pani piersią?			☐ Nie	☐ Tak
Czy zażywa Pan/i aktualnie antybiotyki?	☐ Nie	☐ Tak. Jakie		
Czy leczy się Pan/i na astmę, alergię?			☐ Nie	☐ Tak
Czy cierpi Pan/i na choroby autoimmunologiczne: toczeń układowy, choroba Hashimoto?			☐ Nie	☐ Tak
Czy zażywa Pan/i środki przeciwkrzepliwe (antykoagulanty, aspiryna)?			☐ Nie	☐ Tak
Czy przeszedł/ła Pan/i wstrząs anafilaktyczny?			☐ Nie	☐ Tak
Czy ma Pan/i skłonność do bliznowców?			☐ Nie	☐ Tak
Czy cierpi Pan/i na choroby serca (kardiopatie)?			☐ Nie	☐ Tak
Czy leczy się Pan/i na nadciśnienie?			☐ Nie	☐ Tak
Czy leczy się Pan/i na padaczkę?			☐ Nie	☐ Tak
Czy leczy się Pan/i na cukrzycę?			☐ Nie	☐ Tak
Czy leczy się Pan/i na niewydolność wątroby?			☐ Nie	☐ Tak
Czy leczy się Pan/i sterydami (kortyzol)?			☐ Nie	☐ Tak
Czy używa Pan/i leków fotouczulających?			☐ Nie	☐ Tak
Czy jest Pan/i w trakcie terapii retinoidami?			☐ Nie	☐ Tak
Czy w ciągu ostatnich 4 tyg. korzystał/a Pan/i z solarium?			☐ Nie	☐ Tak
Czy choruje Pan/i na nowotwór?			☐ Nie	☐ Tak
Czy posiada Pan/i rozrusznik serca, implant metalowy?			☐ Nie	☐ Tak
Czy choruje Pan/i na łuszczycę, atopowe zapalenie skóry, bielactwo?			☐ Nie	☐ Tak
Czy stosuje Pan/i samoopalacze, kremy brązujące?			☐ Nie	☐ Tak
Czy jest Pan/i uczulony/a na jad błonkoskrzydłych (pszczoły, osy) ?			☐ Nie	☐ Tak

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

Obszar zabiegu	Zastosowany produkt	Ilość podanego preparatu

OPIS

ZABIEGU: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data, podpis i pieczątka lekarza