

BTL EXILIS SYSTEM

PÁCIENS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT/ ADATLAP

Páciens neve:	Születési idő:	Kor:
Telefon:	Email:	

A BTL Exilis Ultra 360 készülék sorozatos nem-invazív kezelésére jegyezték Önt elő. . A készülék célja a különböző bőrgyógyászati eljárások alkalmazása nem invazív módon.

A BTL Exilis készülék az egy rádiófrekvenciás (RF) és ultrahanggal működő eszköz, amely irányított módon magas energiát juttat a bőrbe és a bőr alatti rétegekbe. **Monogram:** _____

Az esztétikai tanácsadója megvitatja Önnel speciális kezelési igényeit. Ajánlott kezelések száma 2-4 alkalom, 7-10 napos szünettel a kezelések között. Szüksége lehet további kezelésekre az állapotától függően. Az optimális eredmény érdekében fontos követni a személyre szabott kezelési tervet.

Monogram: _____

Nincs szükség érzéstelenítésre. Intenzív hő érzékelhető a kezelés alatt vagy közvetlenül a kezelés után.

Nincs felépülési idő, így azonnal visszamehet mindennapi teendőihez. **Monogram:** _____

A kezelési területnek szőrtől, sminktől és krémtől mentesnek kell lennie. Tudomásul veszem, hogy a kezelt területet a kezelés előtt le kell borotválnom, vagy a kezelés előtt közvetlenül ezt az esztétikai tanácsadóm teszi ezt meg. **Monogram:** _____

Kérjük fogyasszon bő folyadékmennyiséget a kezelés alkalmával. Ideálisan 2 nappal a kezelés előtt, a kezelés napján és a kezelés után 4 nappal, mivel ez a kényelmes és a hatékony terápiát segíti elő.

Monogram: _____

A kezelés napján ajánlott a kényelmes ruha viselete, így a kezelt terület könnyebben hozzáférhető. A kezelés előtt minden ékszerét vegye le, amely a kezelt területen van. **Monogram:** _____

Tudomásul veszem, hogy a kezelés eredményét a következők befolyásolhatják: dohányzás, erős alkoholfogyasztás, táplálkozási zavarok, folyamatos gyógyszeres kezelések és nem megfelelő folyadékbevitel. Nincs szükség speciális étrendre, de ajánlott az egészséges táplálkozás, hogy elősegítse és fenntartsa a sikeres eredményt. **Monogram:** _____

Kérem válaszolja meg, hogy releváns-e volt valaha vagy releváns-e jelenleg az alábbi felsoroltak bármelyike:

- Bakteriális és vírusos fertőzés, IGEN NEM
- Akut gyulladás, IGEN NEM
- Lázás állapot IGEN NEM
- Károsodott immunrendszer IGEN NEM
- Isotretinoin használata az elmúlt 12 hónapban IGEN NEM
- Rák, sugárkezelés IGEN NEM
- Égési sérülések, érzékenység és lassú gyógyulási hajlam a kezelt területen. IGEN NEM
- Fém implantátumok IGEN NEM
- Beültethető szívritmus-szabályozók vagy automatikus defibrillátorok/ kardioverterek IGEN NEM
- Méhen belüli eszközök IGEN NEM
- Ablatív és nem ablatív kozmetikai beavatkozások (mélyhámlassztások) az elmúlt 3 hónapban IGEN NEM
- IGEN NEM Aktív kollagénbetegségek, Sclerodema IGEN NEM
- Szív és érrendszeri betegségek, visszér gyulladás IGEN NEM
- Mesterséges megtermékenyítési folyamat alatt IGEN NEM

- | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| ▪ Akut neuralgia és neuropathia (idegbántalom) | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| ▪ Vérbetegségek, vérzésveszély, vérző szövetek, peptikus fekélyek | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| ▪ Ekcéma, rosacea | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| ▪ Vese vagy májelégtelenség | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| ▪ Látható ödéma, duzzanat, exudáció | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| ▪ Tuberkolózis | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |

Ha bármely fenti kontraindikációra IGENNEL válaszolt, akkor kérjük fejtse ki bővebben:

For the full range of contraindications, warnings and cautions, consult your treatment provider.

- Tisztában vagyok azzal, hogy a terhesség és a szoptatás kontraindikáció, és terhes nők nem vehetnek részt
kezelésekben
Monogram: _____
- Tisztában vagyok azzal, hogy menstruáció során vagy szülés utáni időszakban nem eshetek át hüvelyi vagy szeméremajak kezelésén. **Monogram:** _____
- Tudomásul veszem, hogy a BTL Exilis kezelése során felmerülhetnek bizonyos kockázatok, amelyek magukban foglalják, de nem korlátozódnak az alábbiakra: bőrpír, intenzív hőérzet vagy kellemetlen érzés és száraz bőr. **Monogram:** _____
-
- Megértem, hogy a kezelés szövődmények vagy sérülések kockázatával járhat mind ismert, mind ismeretlen okból, és ezeket a kockázatokat szabadon vállalom. **Monogram:** _____
- Beleegyezek, hogy a kezelés előtt és után fényképeket készítsenek, a kezelt területet és a testsúlyomat lemérik, mivel az elősegíti a kezelési eredmények orvosi kiértékelését. Minden bekért információ orvosi nyilvántartás vagy marketing céljából kerül felhasználásra. **Monogram:** _____
- Megértem, hogy az eredmények személyenként eltérőek lehetnek, és a pontos eredmény nem jósolható meg. Nagyon valószínűtlen, de előfordulhat, hogy az eljárás után a páciens nem érzékel semmilyen felismerhető eredményt. Tudomásul vettem, hogy az eredmény lehet, hogy nem fog megfelelni az elvárásaimnak. **Monogram:** _____
- Igazolom, hogy elolvastam a teljes dokumentumot, és egyetértek minden pontjával. Lehetőségem volt kérdéseket feltenni és ezekre a kérdésekre teljes mértékben választ kaptam. Teljes mértékben megértem a kezelési feltételeket, az eljárást és az esetleges mellékhatásokat. **Monogram:** _____
- Elolvastam a fent felsoroltakat és a teljes hozzájárulásomat adom a BTL EXILIS ULTRA rajtam történő kezeléséhez, alkalmazott orvos(ok) és kinevezett alkalmazottak által. **Monogram:** _____

Aláírásom igazolja, hogy a fenti információk pontosan és naprakészek.

Páciens aláírása: _____

Dátum:

Tanu (nyomtatva): _____ **Aláírás:** _____ **Dátum:**

Esztétikai Központ neve: _____

*For the full range of possible adverse effects and expected device-related treatment sequelae, consult your treatment provider.

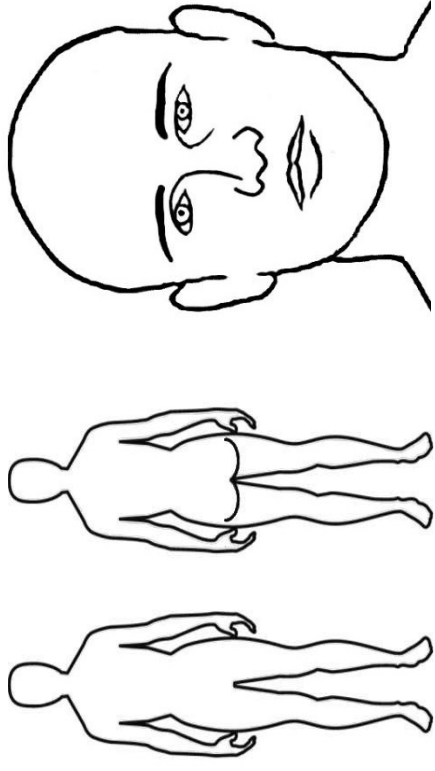
BTL EXILIS SYSTEM

KEZELÉSI ADATLAP

Páciens neve: _____

Fotót készítettünk: IGEN / NEM

Kezelési terület(ek) – jelölje be a rajzon:



For Intimate treatments:

Vaginal Canal YES / NO Introitus YES / NO
 Mons pubis YES / NO Perineum YES / NO
 Labium Majus left YES / NO Labium Majus right YES / NO

Applicator: Large
 Small

Tip: F-tip V 30 V 24 V-tip

Teststíly az 1. és az utolsó kezeléskor: _____ / _____

Kezelés száma #	DÁTUM	KEZELÉSI IDŐ	ENERGIASZINT	HÚTÁS / INTENZITÁS S %	ELEKTÓD A TAPASZ HELYE	HŐÉRZÉST*	MEGJEGYZÉS	KEZELŐ MONOGRAMJ A

