

# Декларация

## за информирано съгласие за провеждане на лазерна терапия

Долуподписаната/ият:

Г-жа/г-н\*, нататък наричан "**терапевт**" .....

и

Г-жа/г-н\*, нататък наричан "**пациент**" .....

/\*зачертайте ненужното/

Се съгласиха за следното по време на разговора, състоял се на: .....

**Терапевтът** е дал подробна информация на пациента по въпроса дали тя/той са подходящи кандидати за лазерна терапия, както и за очакваните резултати. Подробностите на терапията са обяснени с достъпни и разбираеми термини. Обсъдени са предимствата и възможните недостатъци, свързани с тази терапия.

**Пациентът** е запознат с процедурата, както и с последващите грижи. Терапевтът е обяснил техниката, използвана при лазерна епиляция със лазер ELYSION. Пациентът приема да следва дадените инструкции.

**Терапевтът** е информирал пациента за възможните рискове и дискомфорт, за възможните **странични ефекти**, а именно:

- Временна хипопигментация или хиперпигментация
- Зачервявания
- Синини, обикновено бързо преминаващи
- Еритема и лека адема
- Изгаряне 1ва или 2ра степен (в изключително редки случаи)

**Пациентът** декларира, че е запознат с всички **противопоказания** на терапията:

- Херпес
- Фоточувствителни медицински процедури
- Бременност или кърмене
- Диабет или история за келоиди
- Ракови образувания
- Скорошно излагане на слънце или планиране на скорошно излагане
- Извършване на терапията върху кожа с много тъмен тен на статичен режим, поради повишен риск от изгаряне
- Скорошно ексфолиране на кожата (1 седмица преди терапията)

**Пациентът** декларира, че трябва на информира терапевта за:

- прием на медикаменти
- алергии
- настъпила бременност
- болести

**Пациентът** декларира, че е запознат и ще следва стриктно **инструкциите за преди, по време на и след процедурата:**

- ❖ Не излагайте на слънце или солариум третираната зона поне 3 дни преди процедурата.
- ❖ Избягвайте излагане на слънце и солариум поне 3 дни след процедурата
- ❖ В деня на процедурата носете удобни дрехи, които да покриват зоните, които ще третирате
- ❖ Избягвайте използването на продукти за изкуствен тен и обезцветители на космите поне 15 дни преди процедурата
- ❖ Не се подлагайте на каквато и да е ексфолиация или пилинг 1 седмица преди терапията
- ❖ Избягвайте кола маска/епилатор поне 30 дни за лицето и 45-60 дни за тялото преди терапията
- ❖ В деня на терапията не нанасяйте кремове или дезодоранти върху зоната

- ❖ Ако се налага излагане на слънце преди/след терапията, задължително използвайте UV защита 50+
- ❖ Не посещавайте сауна, басейн 48 часа преди и след терапията
- ❖ Не използвайте вода по-висока от 36°, 48 часа преди или след процедурата
- ❖ Не тренирайте интензивно 48 часа преди или след процедурата
- ❖ Терапията е абсолютно забранена за лекуващи се от акне с препарати Neotigason, Tigason, Roaccutane или подобни
- ❖ Терапията е абсолютно забранена за пациенти, подлагащи се на терапия с CO2 лазер или дермабразия
- ❖ Не пропускайте да информирате терапевта си за медицинската си история, особено информация свързана с алергии и заболявания.
- ❖ Информирайте терапевта си за други процедури, на които сте се подлагали или предстоят скоро
- ❖ При поява на някой от страничните ефекти, описани по-горе се препоръчва посещение при терапевта Ви

**Терапевтът** ще води лично досие на пациента, в което ще се съдържа цялата информация относно провеждането на процедурата/те. Могат да бъдат направени снимки преди терапията за преценка на резултата.

**Пациентът** декларира, че е предоставил възможно най-пълна и достоверна информация за здравословното си състояние. Пациентът има право да задава въпроси и да получи задоволителни отговори.

С това, **пациентът** дава разрешение на терапевта да извърши процедурата.

Третираните области са :

.....  
 .....  
 .....

Последващи процедури: .....

.....  
 .....

**Пациентът** е разбрал правилно информацията за лазерна терапията на ELYSION, както и съветите за последващи грижи.

**Пациентът** и **Терапевтът** заедно прочетоха и подписаха тази **декларация за съгласие**:

Място: .....

Дата: .....

Подпис **терапевт**:

Подпис **пациент**

elysion

COCOON  
MEDICAL