

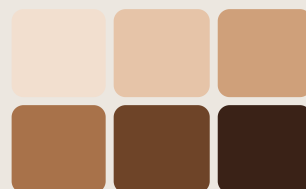
VENDÉG ÁLLAPOTFELMÉRŐ · FITZPATRICK-TEST · NYILATKOZAT

Diódalézeres szőrtelenítési *előzetes állapotfelmérő*

*Fitzpatrick bőrtípus teszt, kontraindikációs nyilatkozat és felelősségi
tájékoztató*

MI A FITZPATRICK-SKÁLA?

A Fitzpatrick-féle bőrtípus besorolási rendszer a bőr **UV-sugárzásra adott reakciója**, pigmenttartalma és természetes melaninszintje alapján osztályozza a bőrt hat különböző típusba. A rendszert eredetileg **Thomas B. Fitzpatrick dermatológus** dolgozta ki 1975-ben, és mára a világ egyik legelterjedtebb bőrtípus-meghatározó rendszere lett esztétikai és orvosesztétikai kezeléseknél.



Vendég adatai

NÉV

SZÜLETÉSI DÁTUM

TELEFONSZÁM

LAKCÍM

E-MAIL

DÁTUM

I. Fontos jogi és szakmai tájékoztatás

Alulírott kijelentem, hogy tudomásul veszem:

A diódalézeres szőrtelenítés fokozott körültekintést igénylő esztétikai kezelés, mely során a kezelési paraméterek helyes meghatározásához elengedhetetlen:

- egészségi állapotom teljes körű és valós ismertetése,
- bőrtípusom pontos meghatározása,
- kontraindikációk kizárása.

Tudomásul veszem, hogy a kezelő kizárólag az általam megadott információk alapján képes a megfelelő kezelési paramétereket meghatározni.

Tudomásul veszem, hogy valótlan, hiányos, pontatlan vagy megtévesztő adatszolgáltatás esetén fennállhat:

- félrekezelés,
- alulkezelés,
- túlkezelés,
- égési sérülés,
- pigmentációs zavar,
- bőrkárosodás,
- maradandó esztétikai károsodás lehetősége.

A lézeres kezelések során a nem megfelelő bőrtípus vagy egészségi állapot megadása fokozhatja a mellékhatások kockázatát; a fényérzékenyítő gyógyszerek, aktív bőrbetegségek és más kizáró tényezők széles körben ismert ellenjavallatok.

II. Vendég felelősségvállalási nyilatkozata

Kijelentem, hogy:

- minden kérdésre a valóságnak megfelelő választ adok,
- semmilyen egészségügyi körülményt nem hallgatok el,
- tudomásul veszem, hogy elhallgatott adatból eredő szövődményért a kezelő felelőssége korlátozott lehet, amennyiben a kezelő az általam megadott adatok alapján járt el.

Kijelentem továbbá, hogy a kezelés alatt és azt követően köteles vagyok a kezelő utasításait maradéktalanul betartani.

III. Fitzpatrick bőrtípus felmérő teszt

Kérjük, kérdésenként egy választ jelöljön.

01 Mi az Ön természetes (nem leburnult) bőrszíne?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐  porcelánfehér | ☐  világos fehér | ☐  bézs |
| ☐  világosbarna / olívás | ☐  barna | ☐  sötétbarna / fekete |

02 Hogyan reagál a bőre napfény hatására?

- | | |
|--|---|
| ☐ mindig leég, nem barnul | ☐ könnyen leég, nehezen barnul |
| ☐ néha leég, fokozatosan barnul | ☐ ritkán ég le, jól barnul |
| ☐ szinte sosem ég le | ☐ soha nem ég le |

03 Mennyi idő után ég le erős napfényben?

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 10 percen belül | ☐ 10–20 perc | ☐ 20–30 perc |
| ☐ 30–45 perc | ☐ 45+ perc | ☐ nem jellemző |

04 Milyen mértékben barnul?

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| ☐ egyáltalán nem | ☐ enyhén | ☐ közepesen |
| ☐ jól | ☐ nagyon jól | ☐ rendkívül gyorsan / intenzíven |

05 Van / volt szeplő?

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ sok | ☐ közepes | ☐ kevés | ☐ ritka | ☐ nincs |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

KEZELŐ ÁLTAL MEGÁLLAPÍTOTT FITZPATRICK TÍPUS

Kezelő tölti ki

☐  I

☐  II

☐  III

☐  IV

☐  V

☐  VI

IV. Kontraindikációs nyilatkozat

Kérem jelölje, fennáll-e az alábbiak közül bármelyik:

ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGÜGYI KONTRAINDIKÁCIÓK

- | | |
|---|--|
| ☐ terhesség | ☐ szoptatás |
| ☐ lázas / fertőző állapot | ☐ daganatos megbetegedés fennállása vagy kezelése |
| ☐ epilepszia / fényérzékeny epilepszia | ☐ autoimmun betegség |
| ☐ kezeletlen hormonális / endokrin zavar | ☐ dekompenzált cukorbetegség |
| ☐ véralvadási / vérzékenységi zavar | |

Bizonyos súlyos egészségügyi állapotok és epilepszia a szakmai ajánlások szerint ellenjavallatot képezhetnek lézeres szőrtelenítésnél.

BŐRGYÓGYÁSZATI KONTRAINDIKÁCIÓK

- | | |
|---|--|
| ☐ aktív bőrgyulladás | ☐ nyílt seb / sérülés |
| ☐ fertőzött bőrterület | ☐ herpesz / vírusos bőrfertőzés |
| ☐ ekcéma fellángolás | ☐ psoriasis aktív állapot |
| ☐ ismeretlen eredetű anyajegy / elváltozás a kezelendő területen | ☐ melanoma / gyanús bőrelváltozás |
| ☐ keloid hajlam | |

Aktív bőrbetegség, sérült bőrfelület és keloidképződési hajlam gyakori kizáró vagy halasztó tényezők.

IV. Kontraindikációs nyilatkozat – *folytatás*

LÉZER-SPECIFIKUS KONTRAINDIKÁCIÓK

- | | |
|--|---|
| ☐ 4 héten belüli napozás / szolárium | ☐ friss barnultság |
| ☐ önburnító használat 2 héten belül | ☐ tetoválás a kezelendő területen |
| ☐ sminktetoválás a kezelendő területen | ☐ friss hámlasztás / savas kezelés / retinol |
| ☐ fényérzékenyítő kozmetikum használata | |

Tetovált bőrfelület és friss barnultság különös körülményt igényel; több szolgáltató kifejezetten kizárja / kerüli ezeket a területeket.

GYÓGYSZERES KONTRAINDIKÁCIÓK

- | | |
|--|--|
| ☐ fényérzékenyítő gyógyszer szedése | ☐ antibiotikum kúra |
| ☐ isotretinoin / Roaccutan az elmúlt 6 hónapban | ☐ szteroidkezelés |
| ☐ vérhígító szedése | |

Fényérzékenyítő gyógyszerek és isotretinoin használata gyakran ellenjavallat vagy halasztási ok.

V. Kezelői jogfenntartás

A kezelő fenntartja a jogot, hogy:

a kezelést megtagadja,

elhalassza,

megszakítsa,

amennyiben a vendég állapota, bőrtípusa, egészségi helyzete vagy a feltárt kontraindikációk ezt indokolják.

VI. Nyilatkozat

Alulírott kijelentem, hogy:

- a dokumentumban foglaltakat elolvastam, megértettem,
- kérdéseimre kielégítő választ kaptam,
- egészségi állapotomról teljes körű tájékoztatást adtam,
- tudomásul veszem a kezelés lehetséges kockázatait,
- elfogadom, hogy valótlan adatközlésből eredő károkért felelősség terhelhet.

Alulírott kijelentem, hogy jelen dokumentum tartalmát teljes terjedelmében elolvastam, annak rendelkezéseit megértettem, az abban foglalt tájékoztatást tudomásul vettem, továbbá lehetőséget kaptam arra, hogy a kezeléssel kapcsolatban felmerülő kérdéseimet feltegyem, amelyekre kielégítő, közérthető és teljes körű választ kaptam.

Kijelentem, hogy egészségi állapotomra, esetleges fennálló betegségeimre, gyógyszereszedésemmre, bőrproblémáimra, korábbi kezeléseimre, valamint minden egyéb, a kezelés biztonságos elvégzését befolyásoló körülményre vonatkozóan a valóságnak megfelelő, teljes körű tájékoztatást adtam.

Tudomásul veszem, hogy a kezelő a kezelési paramétereket kizárólag az általam közölt információk, az állapotfelmérés, valamint a szakmai protokoll alapján állapítja meg, ezért a pontatlan, hiányos vagy valótlan adatközlés a kezelés eredményességét, biztonságosságát és kimenetelét közvetlenül befolyásolhatja.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a részemről megadott adatok valótlanok, hiányosak, megtévesztők, elhallgatottak vagy szakmailag releváns információt nem közlök, és ebből eredően egészségkárosodás, bőrreakció, mellékhatás, szövődmény, esztétikai károsodás vagy egyéb kár következik be, azért a felelősség engem terhelhet, figyelemmel arra, hogy a szolgáltató döntését az általam közölt adatok alapozzák meg.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a szolgáltató fogyasztó tájékoztatási kötelezettségének teljesítésével eleget tesz a fogyasztók megfelelő tájékoztatáshoz fűződő jogának, amelyet a magyar fogyasztóvédelmi szabályozás is elismer.

VENDÉG ALÁÍRÁS

KEZELŐ ALÁÍRÁS

TANÚ / ASSZISZTENS