**Kwestionariusz kwalifikujący do zabiegu laserowego IPL/RF**

**NAZWISKO IMIĘ**

**ADRES ZAMIESZKANIA**

**TELEFON KOMÓRKOWY**

 **DATA URODZENIA**

**ADRES EMAIL** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poniżej podano **czynniki istotne i przeciwwskazania** do prawidłowej kwalifikacji przeprowadzania zabiegów fotoepilacji i fotoodmładzania.

Proszę o zaznaczenie wszystkich dotyczących Pani/Pana przypadków:

* rozrusznik serca zapalenie żył zaburzenia krzepnięcia
* ciąża, cukrzyca zmiany barwnikowe/znamiona
* ostre, ropne stany zapalne skóry
* spożywanie alkoholu do 24h temu
* operacje/ zabiegi w ciągu ostatnich 3 miesięcy
* nowotwór skóry u Pani/Pana lub w rodzinie
* zaburzenia hormonalne (niedoczynność/nadczynność tarczycy)
* łuszczyca
* guzy i nowotwory, epilepsja alergie
* liszaje, bielactwo, łuszczyca tatuaż alergie na słońce
* części metalowe w ciele ,egzema
* peeling mechaniczny,
* mikrodermabrazja (do 2 tygodni temu)
* przyjmowanie leków fotouczulających (beta-karoten,retinoidy, tetracykliny)
* stosowanie ziół – nagietek,dziurawiec, miłorząb, jeżówka (echinacea)
* stosowanie kremu z retinolem
* karmienie piersią opalanie się w ciągu ostatnich 2 tygodni
* stosowanie antybiotyków, leków antydepresyjnych lub leków zawierających w składzie kwas acetylosalicylowy

Jak ocenia Pani / Pan swój stan zdrowia?

……………………………………………………………………………………..

Czy zażywa Pani / Pan leki? Jeśli tak, to proszę o ich wymienienie

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

Oświadczam, że wszystkie informacje dotyczące mojego stanu zdrowia podałam/ podałem (niepotrzebne

skreślić) zgodnie z prawdą i w razie ich zatajenia biorę na siebie odpowiedzialność za ewentualne skutki uboczne\*.

Zdaję sobie sprawę, że w celu osiągnięcia optymalnych rezultatów, zabiegi należy powtarzać. Zostałam/

zostałem poinformowany, że skuteczność zabiegów zależy od wielu czynników, np. koloru włosa, fototypu skóry,

gospodarki hormonalnej itp. Wiem, że nie można zagwarantować, ile zabiegów należy wykonać, aby osiągnąć

optymalny rezultat.

Miejscowość, data ...................................... Czytelny podpis ........................................................

**Parametry zabiegu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rodzaj zabiegu** | **Obszar zabiegu** | **Rodzaj włosa** | **Siła energii** | **Liczba strzałów** | **uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |