

טופס הסכמה מדעת הנ"ל עבור טיפול SlimMe ניתן אך ורק כדוגמא. Lumenis אינה נושאת בשום אחריות למסמך זה ותומכת בהתאמות כדי להתאימו לצרכים והפרקטיקה האישיים וכדי לעמוד בדרישות רגולציה מקומיות.

אנא קראו וחתמו בראשי תיבות על כל ההצהרה. השלימו, מתחו קו מתחת או הקיפו כל בחירה עצמאית בהתאם.

- אני מאשר/ת ל \_\_\_\_\_ (שם המפעיל) לבצע עליי טיפול SlimME , לחיטוב/עיצוב אסתטי של הגוף.
- אני מבין/ה כי התוצאות עשויות להשתנות אצל כל אדם ואני מכיר/ה בכך שקשה לחזות איך אני אגיב לטיפול וכמה מפגשים יידרשו.
- אני מסכים/ה לענות לשאלות הבאות ולספק נתונים מדויקים ומעודכנים, למיטב ידיעתי.
- אני מאשר/ת כי לא עברתי טיפולים כירורגיים באזור המטופל בחצי שנה האחרונה

האם יש לך שתלים פעילים כלשהם, כמו קוצב לב?	לא	כן (פרט/י)
האם יש לך שתלים קבועים כלשהם?	לא	כן (פרט/י)
האם את/ה חולה כיום במחלה ממארת (סרטן מכל סוג)?	לא	כן (פרט/י)
האם יש לך מחלה כרונית משמעותית כלשהי, כגון סכרת, מחלת לב, אפילפסיה או הפרעות נוירולוגיות אחרות, או זיהום פעיל?	לא	כן (פרט/י)
האם יש לך בעיות עור משמעותיות כלשהן המשפיעות על אזור הטיפול, לרבות יובש חריג בעור, פצעים פתוחים, צלקות גדולות, סיבוכי כלי דם, או זיהום כלשהו בעור?	לא	כן (פרט/י)
האם יש לך היסטוריה של בעיות דימום/ אירועים איסכמים/ מחלה ווסקולרית או שימוש בנוגדי קרישה (למשל אספירין)?	לא	כן (פרט/י)
האם יש לך היסטוריה של רקמת צלקת קלואידית, צלקות אטרופיות או החלמת פצעים איטית?	לא	כן (פרט/י)
האם את בהיריון או מניקה?	לא	כן (פרט/י)
האם יש לך שבר מחלים בעצם באזור הרלוונטי?	לא	כן (פרט/י)
האם את/ה שותה אלכוהול באופן קבוע?	לא	כן, כמות כוסות: _____ מס' פעמים בשבוע
האם את/ה מעשנת?	לא	כן, מס' סיגריות ביום: _____
האם את סובלת בקע/הרניה באזור המטופל?	לא	כן
האם את/ה סובלת מפצעי קור או נגיף הרפס זוסטר כעת או בעבר?	לא	כן
האם יש לך אלרגיה ידועה?	לא	כן
האם את/ה נוטלת אספירין/מדללי דם או שקיימת בעיית קרישיות?	לא	כן

טופס הסכמה מדעת הנ"ל עבור טיפול SlimMe ניתן אך ורק כדוגמא. Lumenis אינה נושאת בשום אחריות למסמך זה ותומכת בהתאמות כדי להתאימו לצרכים והפרקטיקה האישיים וכדי לעמוד בדרישות רגולציה מקומיות.

- הטיפול וכן הטבותיו וסיכוניו הפוטנציאליים הוסברו לי ביסודיות וכל שאלותיי בנוגע לכך נענו.
- אני מבין/ה כי יילקחו תמונות ומדידות על מנת להעריך את מצבי ולעקוב אחר התקדמות הטיפול
- אני נותנת את אישורי להשתמש בתמונות ובתוצאות שלי לשיווק ופרסום מבלי למסור את פרטיי האישיים
- אני מבינה כי לטיפול עשויות להיות תופעות לוואי. על אף שאלו נדירות ביותר, תופעות לוואי עשויות להופיע מידיית או תוך מספר שעות/ימים לאחר הטיפול.

\_\_\_\_\_

[ ] כן

[ ] לא

\_\_\_\_\_

תופעות לוואי אפשריות:

- **אי נוחות מקומית**- אנרגית אולטרה סאונד או גלי רדיו עלולה לגרום לרמות שונות של אי נוחות, כגון: תחושות חום או כאב קל.
- **אדמומיות, בצקת (נפיחות) ושטפי דם**- מיד לאחר הטיפול, את/ה עשויה לחוש אדמומיות או נפיחות שעשויים להימשך מספר ימים ושניתן להקל עליהם על ידי שימוש בקרם מרגיע. שטפי דם בד"כ חולפים עד חודש מהטיפול.
- **עקצוץ (גירוד)**- גירוד, דגדוג, או תחושה מגרה במהלך או לאחר הטיפול עלולים להתרחש במקרים נדירים.
- **גירוי בעור**- ייתכן גירוי בעור כתוצאה מאלרגיה ממגע עם חומרים או עזרים בהם נעשה שימוש לפני, במהלך או אחרי הטיפול.
- **התכווצות שרירים**- שרירים באזור המטופל עשויים להתכווץ מעט כתוצאה מהטיפול.
- **שלפוחיות או כוויות**- במקרים נדירים, עשויות להיווצר כתוצאה מהטיפול שלפוחיות או כוויות מקומיות, אשר יחלימו תוך עשרה ימים; לעתים ייוצרו קרום או גלד במהלך הטיפול. חשוב לא לשפשף או לגרד את האזור. הימנעו מכל צורה של חכוך באזור הפגוע.
- **זיהום**- במקרים מסוימים, פצע פתוח כתוצאה מכוויה או פצע עורי עשויים להזדהם. ייתכן ויידרש להשתמש במשחות אנטיביוטיות בהתאם להמלצת הרופא המטפל.
- אני מסכים/ה לדווח באופן מיידי על כל תופעת לוואי שהתרחשה למספק הטיפול שלי ומסכים/ה לציית לכל ההנחיות שמעניקים לי.

- נא צייני/ את שמן של התרופות שאת/ה נוטלת/ת כעת: \_\_\_\_\_

החתימה שלי מאשרת שקראתי כהלכה והבנתי את תוכן טופס הסכמה מדעת זה, ונתתי מידע מדויק בנוגע למצבי הבריאותי. אני מסכים/ה לטיפול SlimME.

שם המטופל	חתימה המטופל	תאריך
שם העד	חתימת העד	תאריך