

פרטים אישיים:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

תאריך לידה (MM/DD/YY) ___ / ___ / ___ מין: נקבה זכר

כתובת: _____

טל': _____ נייד: _____

דוא"ל: _____

שאלון בריאות:	
	מחלות מהן הנך סובל/ת בהווה או שסבלת מהן לאחרונה
	אשפוז/ניתוח
	תרופות
	אי-סבילות לתרופות
	אלרגיה (לרבות למוצרי קוסמטיקה)*
	פרוצדורות אסתטיות באזורי טיפול

* יש לבדוק גם את רשימת הרכיבים של OxyGeneo המופיעה על גבי האריזה.

האם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מאחד מהמצבים הבאים? (סמני בבקשה אם קיימים כאלו)

- סרטן עור בהווה או בעבר, או שומות טרום-סרטניות. **כן/לא**
- הנך בהיריון או מניקה. **כן/לא**
- כל מחלת עור פעילה באזור המטופל, כגון פצעים, אקזמה, פריחה, עור עדין, נפוח, כווי או חבול, אקנה פעיל, חזזית וורודה, דלקת עור, פסוריאזיס או הרפס סימפלקס. **כן/לא**
- שיזוף עור חריג חדש (מהימים האחרונים). **כן/לא**
- הפרעות בכלי הדם. **כן/לא**
- מחלות חמורות המתרחשות בו-זמנית כגון: סוכרת לא יציבה, מחלות עצבים, הפרעות לבביות וסרטן. **כן/לא**
- כל הליך אסתטי שבוצע לאחרונה באזור שבו נעשה שימוש במשחה או שימוש שנעשה לאחרונה במוצרים כגון אקוטן (Accutane) או רטין A (Retin). **כן/לא**
- אלרגיות ידועות למוצרי קוסמטיקה או למוצרים אחרים או תגובות אלרגיות חמורות כגון חרלת (hives) שהמטופלת סובלת מהן. **כן/לא**

אני החתום מטה, מתחייב להודיע על כל שינוי במצבי הבריאותי.

הנני מסכים לעבור את הטיפול, כמפורט להלן במסמך זה. הוסבר לי והבנתי את תוצאות הטיפול, הסיכונים ומהלך הטיפול. הנני מאשר כי אינני סובל מאיזה מן המחלות המתוארות לעיל. ניתנה לי ההזדמנות לשקול את המידע שלהלן ולשאל שאלות אשר נענו באופן משביע רצון על ידי _____ (רופא/ מטפל/ איש מקצוע).

טיפול OxyGeneo:

- הנך מטופל באמצעות פלטפורמת Geneo+ לטיפול אנטי-אייג'ינג ו/או טיפולים להבהרת העור. פלטפורמה זו פועלת בטכנולוגיית 'אוקסיג'נאו'.
- ג'ל מיוחד יימרח על גבי פניך והטיפול יבוצע באמצעות אפליקטור שאליו מחוברת קפסולה ייחודית.
- במהלך הטיפול התגובה בין הקפסולה לג'ל תגרום להחדרת החומרים הפעילים.
- הטיפול אינו פולשני, הוא נעים ואינו דורש זמן השבתה.

ידוע לי כי קבלת טיפול זה נתונה להחלטתי.

עודכנתי לגבי תופעות הלוואי האפשריות של הטיפול, לרבות: אדמומיות או נפיחות חריגה, עקצוץ, עור מגורה, גירוד, נימים בולטים, רגישות למגע, שינויי פיגמנטציה, סיכוי לפריחה חולפת בעור כגון פצעונים, תגובה אלרגית. למרות שהשפעות אלו הן נדירות וצפויות להיות זמניות, יש לדווח מיד על כל תגובה חריגה.

הנני מאשר בזאת את השימוש בצילומים ובתוצאות לצורך פרסומים מדעיים וחומר שיווקי (כגון עלונים, אתרי אינטרנט ומצגות). פרסומים אלו יעשו תוך שמירה על פרטיותי ועל פרטי הזיהוי שלי.

הנני מאשר כי קראתי והנני מבין את המידע האמור לעיל וכי נתתי את הסכמתי לטיפול מרצוני החופשי.

תאריך: MM/DD/YY	שם המטופל (שם מלא באותיות דפוס)	חתימת המטופל

תאריך: MM/DD/YY	שם: איש מקצוע/רופא/מטפל	חתימה איש מקצוע/רופא/מטפל