

## Q-kapcsolt Nd:YAG lézeres kezelés alkalmassági teszt

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

### Ellenjavallatok és kizáró tényezők:

- Nem vagyok terhes, nem szoptatok.
- Nem volt fél éven belüli retinoid terápiás kezelés
- Nincs allergiás reakcióm
- Nem vagyok vérzékeny
- Nincs Lupusom, autoimmun betegségem
- Nem volt akne kezelés az elmúlt hat hónapban
- Nem gyulladt, sérült a bőröm
- Nincs hypopigmentációm
- Nem szenvedek Rheumatoid Arthritis-ban
- Nincs diabéteszem
- Nem szenvedek HIV/AIDS betegségben
- Nem napoztam az elmúlt hónapban, nem barnult a bőröm
- Nincs pacemakerem, fém a testemben
- Nincs keloid hajlamom.
- Nincs herpesz, sérülés vagy nyílt seb a kezelendő területen
- 18 év feletti vagyok
- Nem vagyok vérzékeny.
- Nem rendelkezem a következő egészségügyi rendellenességekkel: erős cukorbetegség, nagyon magas vérnyomás, keringési zavarok, bőrbetegségek, rák, kemoterápia, epilepszia, szívelégtelenség.
- Nincs gyulladás a szervezetemben, nem vagyok lázas állapotban.
- Tetoválásom nem tartalmaz vasat.

Alulírott polgári jogi és büntető jogi felelősségem tudatában és cselekvőképességem teljes birtokában kijelentem, hogy a fenti egészségügyi jellemzők és betegségek egyikével sem rendelkezem, illetve a felsorolt esztétikai beavatkozások közül egyiket sem végeztettem el adott időszakon belül a kezelendő területen.

Dátum, hely	Aláírás
-------------	---------

-----VAGY-----

Fent nevezett jellemzők egyikével vagy mással rendelkezem, melyek a következők:

.....

Dátum, hely	Aláírás
-------------	---------

Konzultáns aláírása: .....

### Tanúk

név: szül.hely; idő: anyja neve: lakcím:	név: szül.hely; idő: anyja neve: lakcím:
---	---