

BEHANDLINGSJOURNAL

ESTETIKCENTRUM



Behandling:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefonnummer:

Email:



ESTETIKCENTRUM

SJUKDOMSHISTORIA - Fyll i formuläret

Är du gravid eller ammar?

Ja Nej

Har du haft svår allergi/allergichock?

Ja Nej

Går du för närvarande på någon medicinsk behandling?

Ja Nej

Om svaret är ja, ge mer information..

Har du tidigare fått några estetiska behandlingar (t.ex laser, peeling, dermabrasio, slipning etc)?

Ja Nej

Om svaret är ja, vilka typer av behandlingar?

Har du behandlats med fillers, absorberbara fillers, semipermanenta fillers eller botulinumtoxin?

Ja Nej

Om svaret är ja, vilken behandling har du fått, vilka områden och när?

Upplevde du några biverkningar relaterade till behandlingen?

Ja Nej

Om ja, ge er information

Har du någon gång haft en autoimmun sjukdom eller en sjukdom som drabbat immunsystemet?

Ja Nej

Har du någon hudinfektion eller andra inflammatoriska problem (t.ex. herpes, akne etc)?

Ja Nej

Tar du för närvarande steroider, acetylsalicylsyra (t.ex. Treo) eller något blodförtunnande (t.ex. Trombyl)?

Ja Nej

Lider du av akut ledgångsreumatism eller återkommande halsont?

Ja Nej

Har du allergier, i synnerhet allergier mot hyaluronsyra, lokalbedovningsmedel, laktos eller getingstick?

Ja Nej

Lider du av obehandlat epilepsi eller andra CNS sjukdomar?

Ja Nej

Har du en tendens att utveckla keloid (överdriven ärrbildning)?

Ja Nej

Har du/haft porfyri, diabetes eller cancer? Lider du av hjärt- eller kärlsjukdomar?

Ja Nej

Om svaret är ja, ge mer information

Röker du?

Ja Nej

Blodsjukdom?

Ja Nej

Tar du droger?

Ja Nej

Har du HIV eller någon annan infektionssjukdom?

Ja Nej

Har du någon ögonsjukdom?

Ja Nej

Har du någon psykisk sjukdom?

Ja Nej

Har du en pacemaker?

Ja Nej

Har du någon annan sjukdom eller besvär än de som nämnts?

Ja Nej

Betänketid!

Från och med den 1a juli 2021 tillträder en ny lag i kraft. Enligt de nya riktlinjerna behöver du som kund ha betänketid på minst 48 timmar innan du kan utföra en skönhetsbehandling.

För dig som NY KUND på Estetikcentrum gäller följande:

Du behöver ha en betänketid på minst 48 tim innan du kan utföra din behandling

Konsultationen gäller behandlingen:

Tidigare utförd behandling hos annan klinik:

Pris på behandling som du önskar utföra på Estetikcentrum:

För dig som är befintligt kund på Estetikcentrum gäller följande: Har du utfört samma behandling inom de senaste 6 månaderna, kan du utföra din behandling samma dag du besöker kliniken eftersom du har haft din betänketid. Dessa regler gäller endast samma behandlingar och i samma område som du har utfört tidigare och gäller inte nya typer av behandlingar. För andra behandlingar/andra områden än tidigare utfört gäller 48 tim betänketid enligt nya lagen.

Behandling du önskar utföra idag:

Om du har svarat ja på någon av ovanstående frågor kommer din läkare eller sjuksköterska att be om mer information. Läkaren eller sjuksköterskan kan neka att behandla dig ifall han/hon anser att behandlingen inte är i ditt bästa intresse.

Om du ska göra PRP / Hairsaver / Hairrescue behandling:

Start håravfall — År:

Grad av håravfall: Lite - Måttligt - Mycket

Samtycke

Den behandlande läkaren, sjuksköterskan eller hudterapeuten har:

- Gett mig tillräckligt med information om den behandling som ska göras för att jag ska kunna fatta ett beslut.
- Gett mig möjlighet att ställa frågor om behandlingen och svarat på dem efter bästa förmåga.
- Gett mig tid att sätta mig in i den behandlingen som jag ska göra.
- Fått alla relevanta uppgifter av mig som jag känner till om min sjukdomshistoria.

Jag samtycker därför till att få den beskrivna behandlingen av den behandlande läkaren eller sjuksköterskan. Jag intygar även härmed att jag nyttjat den lagstadgade betänketiden mellan konsultation och behandling innan jag skrivit på detta.

Underskrift:

Datum:

ENGLISH - DESEASE HISTORY - FILL IN THE FORM

Are you pregnant or breastfeeding? Yes No

Have you had a severe allergy / allergic shock? Yes No

Are you currently receiving any medical treatment? Yes No

If yes, please write more information:

Have you previously received any aesthetic treatments (eg laser, peeling, dermabrasion, grinding etc)? Yes No

If yes, what kind of treatments?

Have you been treated with fillers, absorbable fillers, semi-permanent fillers or botulinum toxin? Yes No

If yes, what treatments and areas?

Did you experience any side effects related to the treatment? Yes No

If yes, please write more information

Have you ever had an autoimmune disease or a disease that affected the immune system? Yes No

Do you have any skin infection or other inflammatory problems (eg herpes, acne etc) Yes No

More information:

Are you currently taking steroids, acetylsalicylic acid (eg Treo) or someone else anticoagulant (eg Trombyl)?

Yes No

Yes No

Do you suffer from acute rheumatoid arthritis or recurrent sore throat?

Yes No

Do you have allergies, especially allergies to hyaluronic acid, local anesthetics, lactose or bee stings?

Yes No

Do you suffer from untreated epilepsy or other CNS diseases?

Yes No

Do you have a tendency to develop hypertrophic scarring?

Yes No

Do you suffer from porphyria, diabetes or cancer?

Yes No

Do you suffer from disorders of the heart's conduction system?

Yes No

If yes, give us more information

Do you smoke?

Yes No

Do you have a blood disease?

Yes No

Are you using drugs?

Yes No

Do you have HIV or any other infectious disease?

Yes No

Do you have an eye disease?

Yes No

Do you have a mental illness?

Yes No

Do you have a pacemaker?

Yes No

Do you have any other disease or trouble that we have not mentioned?

If you answered yes to any of the above questions, your doctor or nurse will ask for more information.

The doctor or nurse may refuse to treat you if he / she considers that the treatment is not in your best interest.

If you are going to do PRP / Hairsaver / Hairrescue treatment:

Start hair loss – Year:

Degree of hair loss: Little - Moderately - A lot

Consent

The attending physician, nurse or skintherapist has:

- Gave me enough information about the treatment to be done for me to be able to make a decision.
- Given me the opportunity to ask questions about the treatment and answered them to the best of my ability.
- Gave me time to get acquainted with the treatment that I will do.
- Received all relevant information from me that I know about my medical history.

I therefore agree to receive the described treatment from the treating doctor or nurse. I also hereby certify that I have used the statutory reflection time between consultation and treatment before signing.

Signature:

Date:

More information: