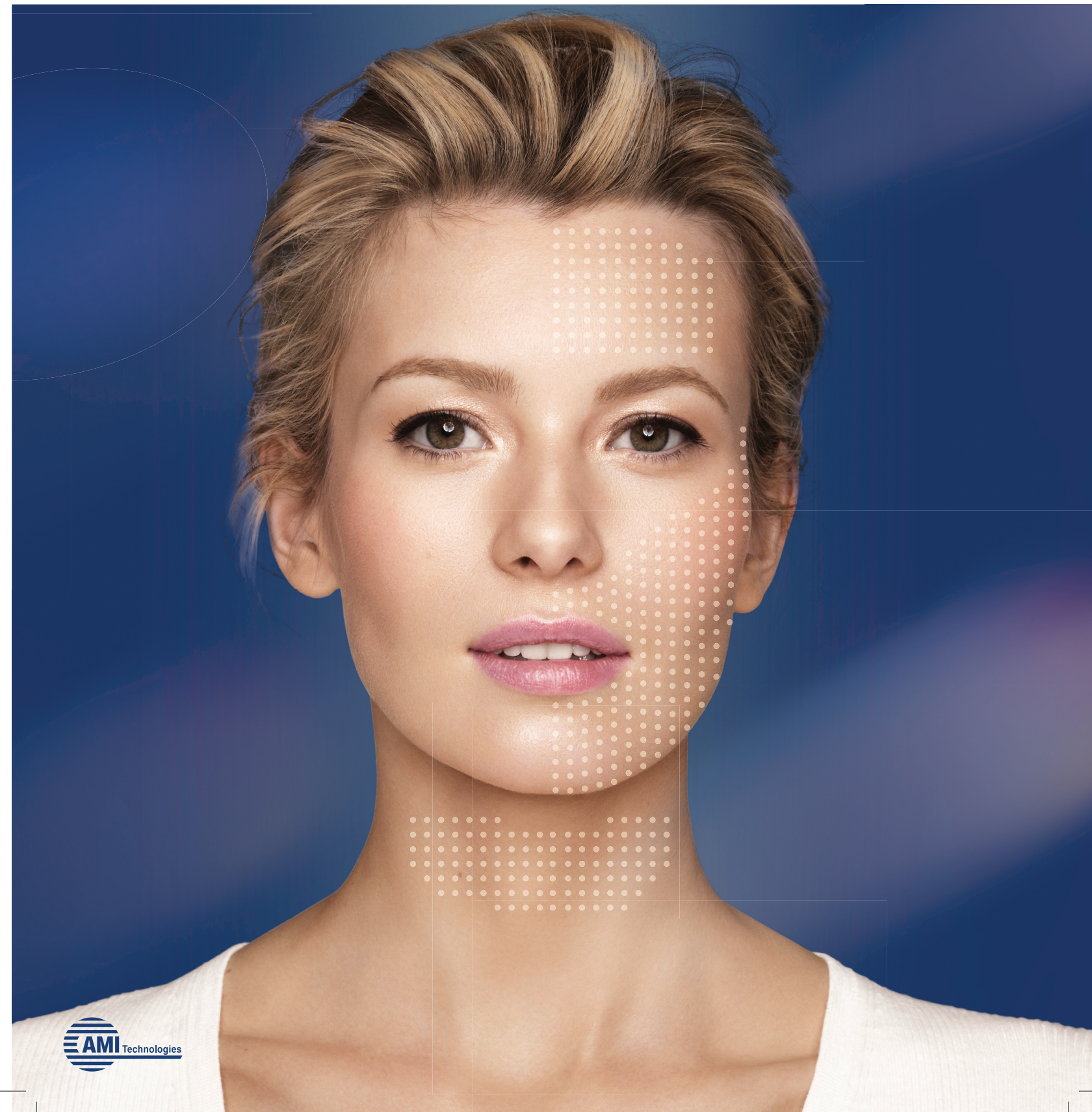


Restylane® | Restylane®
SKINBOOSTERS™

תכנית טיפול מותאמת אישית

שם פרטי ומשפחה של המטופלת:

ת.ז: תאריך:



טופס פרטים כלליים

תאריך לידה:

זכר / נקבה

האם הנך בהריון או שקיימת סבירות להריון או בטיפולי פוריות או מניקה? כן / לא

האם הנך מעשן/ת? כן / לא

האם הנך סובלת/ת מבעיה רפואית כלשהי או סבלת מבעיה רפואית כלשהי בחצי שנה האחרונה?

אם כן, אנא פרטי: האם הנך נוטלת/ת תרופות כלשהן באופן זמני (בחצי שנה האחרונה) /קבוע?

אם כן, אנא פרטי: האם אושפזת ו/או נותחת ו/או נזקקת לטיפול רפואי (לרבות טיפול פלסטי או אסתטי) בחצי שנה האחרונה?

אם כן, אנא פרטי:

הזרקות וטיפולים בעבר (נא לסמן במקום הרלוונטי ולפרט במידת הצורך):

מעולם לא הוזרקתי על ידי חומרי מילוי מכל סוג שהוא.

הוזרקתי בעבר על ידי חומרי מילוי: חומצה היאלורונית/חומר קבוע (סיליקון, ביאלקמיד, אחר):

אנא פרטי: הוזרקתי בעבר, אולם איני זוכר/ת את שם/סוג החומר שהוזרק לי.

קיבלתי טיפול אחר באזור הפנים, שאינו הזרקת חומרי מילוי (לרבות פעולות קילוף כימי, בוטוקס וניתוח פלסטי):

אנא פרטי (מועדים, סוג טיפול ואזור בפנים):

- ידוע לי כי טופס זה הינו טופס פרטים כלליים בלבד וכי לפני הטיפול עלי לחתום על טופס הסכמה מדעת.
- ידוע לי שבמידה שמסרתי אינפורמציה חלקית ו/או לא נכונה ו/או לא מדוייקת, הנני מסירה אחריות מן הרופא המטפל. ידוע לי כי נכונות ודיוק תשובותיי לשאלות לעיל, הינן חיוניות לצורך קבלת הטיפול והשבתי לכולן בהתאם לידיעתי אודות מצב בריאותי וההיסטוריה הרפואית שלי.
- קיבלתי את כל המידע הנדרש לי לגבי הטיפול כמו גם הוראות "כיצד להתנהג לאחר הטיפול".
- השימוש, האינדיקציות לשימוש במוצרי Restylane (רסטילן), הסיכונים, התוצאות המקוות ודרכי הטיפול הוסברו לי ע"י הרופא וניתנה לי אפשרות לשאול שאלות שעליהן קיבלתי תשובות מספקות לשביעות רצוני.

מדבקות אצווה למעקב

שם המטופל/ת:

תאריך: חתימה:

חתימת הרופא המטפל: