

## INFORMATION OCH SAMTYCKE

### PATIENTINFORMATION:

EFTERNAMN

DATUM

FÖRNAMN

BEHANDLARE

TEL

### MEDICINSK HISTORIK OCH TIDIGARE BEHANDLINGAR

Har du idag eller tidigare haft någon av nedan följande sjukdomar?

Frågor i rött är kontraindikationer för behandlingen av Plasma IQ.

(All information som ges i nuvarande form är privilegierad och tjänar endast för patientens säkerhet.

Svara noga på frågorna. Om du har problem med att svara, tveka inte att fråga innan du besvarar det.

Kontakta den som utför behandlingen eller din läkare.)

- Är du under någon pågående medicinsk behandling JA  NEJ
- Är du allergisk mot något ämne (latex, lidocaine, salvor) JA  NEJ

Om ja vänligen specificera \_\_\_\_\_

#### Har du drabbats av eller lider av följande:

- HIV JA  NEJ
- Klåda JA  NEJ
- Har lätt för att blöda JA  NEJ
- **Cancer** JA  NEJ
- **Hjärtsjukdomar (hjärtattack, kranskärslssjukdom, hjärtfel, hjärtrytmi, myokardit)** JA  NEJ
- **Hjärt-kärlsjukdomar (högt eller lågt blodtryck, svimningar)** JA  NEJ
- **Ögonsjukdomar (glaukom)** JA  NEJ
- **Metaboliska störningar (diabetes)** JA  NEJ
- **Nervsjukdomar (epilepsi, paresis, blackout, förlamning, sensoriska störningar, myasthenia gravis)** JA  NEJ
- **Psykiska sjukdomar** JA  NEJ
- **Hudsjukdomar** JA  NEJ
- **Infektionssjukdomar (HIV/AIDS, hepatit A, B, C)** JA  NEJ
- **Herpes** JA  NEJ
- **Annat sjukdom eller besvär** \_\_\_\_\_ JA  NEJ

Har du tagit någon av följande medicin: Tetracykli eller Isotretinoinum JA  NEJ

Om ja vänligen specificera vad och när \_\_\_\_\_

- Har du någonsin svimmat eller drabbats av medvetslöshet JA  NEJ
- Har du en pacemaker JA  NEJ
- Använder du aspirin eller andra antikoagulanter JA  NEJ
- Om ja vänligen specificera \_\_\_\_\_
- Tar du några vitaminer, örter eller andra tillskott JA  NEJ
- Om ja vänligen specificera \_\_\_\_\_
- Har du någon gång haft inflammationer eller virus/ bakteriell infektion i området som skall behandlas JA  NEJ
- Har du tendenser för felaktig läkning eller ärrbildning JA  NEJ
- Har du haft någon annan behandling utfört på området som skall behandlas de 7 senaste dagarna JA  NEJ
- Om ja vänligen specificera \_\_\_\_\_

#### Fråga enbart fört kvinnor:

- **Är du gravid eller ammar** JA  NEJ

---

## INFORMATION OCH SAMTYCKE

---

Min behandlare som ska utföra den estetiska behandlingen med Plasma IQ har gett mig all information med potentiella fördelar, begränsningar och alternativa behandlingar. Jag förstår i sin helhet dess utförande. Alla mina frågor och funderingar har besvarats till min belåtenhet. Jag har dessutom läst och förstått den tillhörande patientbroschyren. Jag är väl medveten om alla kontraindikationer och även om möjliga oönskade effekter samt resultat. Jag accepterar risker, biverkningar, och möjliga komplikationer som kan uppstå vid denna behandling. Det kan förekomma svullnad, samt rodnad. Jag förstår att resultaten inte garanteras.

Jag är fullt informerad om (1) behandlingens kontraindikationer (2) teknik och metod för att utföra behandlingen, (3) Ursprung och arbetsätt för de produkter och anordningar som kommer att användas för att utföra behandlingen, (4) Symtom som kan uppstå under och efter behandlingen, (5) Beräknad period av varaktigheten av behandlingen, (6) Ungefärligt antal av behandlingar som är nödvändiga för att uppnå och bibehålla effekterna.

Jag är informerad om att antalet behandlingar och deras effekter är olika för varje patient och beror på:

- Antal behandlingar, Graden av oregelbunden hud, Patientens ålder, Hudbesvär, Rökning
- Medicinsk historia och läkemedel

Jag har besvarat frågorna om min medicinska historik efter min bästa förmåga.

Jag är informerad om att det finns fall där det inte går att uppnå förväntat resultat och jag accepterar denna risk. Jag fick fullständig information om allt som kan förutsäga konsekvenser och komplikationer som kan uppstå i samband med behandlingen. Jag hade möjlighet att ställa frågor och jag fick svaren. Jag accepterar risken för behandlingen och jag kommer inte att lämna några påståenden om det. Jag fick rekommendation och anvisningar för efterbehandlingsvård som jag bekantar mig med och jag förbinder mig att följa. Informationen ges av den som utför behandlingen var fullständig och tillförlitlig och jag förstår den fullständigt. Jag håller med om att göra en fotografisk dokumentation som bifogas med ett patientkort. I händelse av inträffande alarmerande symptom kommer jag att kontakta utövande läkare.

Datum och underskrift av patient

Datum och underskrift av behandlare

---

Signatur

---

Signatur