

**ZGODA NA ZABIEG Z ZASTOSOWANIEM
DERMA ROLLERA**

DATA ZABIEGU:

NAZWA GABINETU:

Prosimy o zapoznanie się z listą poniżej wymienionych przeciwwskazań .

Jeżeli którekolwiek z niżej wymienionych przeciwwskazań występuje u Pani/Pana, prosimy NIE podpisywać oświadczenia zgody na zabieg. Podpisanie zgody na zabieg przez Panią/Pana oznacza poświadczenie braku przeciwwskazań do zabiegu.

Przeciwwskazania

- egzema,
- łuszczyca,
- zaburzenia krzepnięcia,
- przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych
- zaburzenia odporności,
- infekcje wirusowe, bakteryjne, grzybicze skóry
- otwarte rany,
- keloidy,
- cukrzyca,
- znamiona,
- stany zapalne skóry,
- ciąża i okres laktacji,
- choroba nowotworowa.

Zalecenia po zabiegu mezoterapii mikroigłowej:

- bezwzględny zakaz opalania się, aż do całkowitego wyleczenia skóry
- unikanie nasłonecznienia
- zakaz korzystania z kąpieli w chlorowanej wodzie oraz korzystania z sauny przez okres 7 dni, w zaostrzonych przypadkach do wyleczenia skóry,
- zakaz stosowania zabiegów podrażniających skórę, peelingów oraz depilacji przez okres 7 dni, w zaostrzonych przypadkach do wyleczenia skóry,
- ewentualny makijaż można wykonać dopiero kilka godzin po zabiegu (najlepiej 24)

Deklaracja zgody na zabieg z zastosowaniem:

DERMA ROLLERA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z powyżej zamieszczonymi przeciwwskazaniami. Wyrażam zgodę na zabieg techniką mikroigłową

.....
Czytelny podpis klientki/-ta, data

.....
Czytelny podpis specjalisty wykonującego zabieg, data