

**OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ZABIEG Z ZASTOSOWANIEM  
THERMO-SPHERIX THERMO LASER WITH MAGNETIC ROTATION FIELD**

DATA ZABIEGU: .....

NAZWA GABINETU: .....

**Prosimy o zapoznanie się z listą poniżej wymienionych przeciwwskazań .  
Jeżeli którekolwiek z niżej wymienionych przeciwwskazań bezwzględnych lub względnych 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 bezwzględne**

Ciąża
Czynna choroba nowotworowa i czas do 5 lat od jej wyleczenia
Czynna gruźlica płuc
Krwawienie z przewodu pokarmowego
Ciężkie infekcje pochodzenia wirusowego, bakteryjnego i grzybiczego
Ostre stany zapalne skóry i tkanek miękkich w obszarach poddawanych terapii
Obecność elektronicznych implantów
Stany po przeszczepach narządów (odstęp min. 5 lat)
Uczulenie na światło, przyjmowanie leków fotouczulających (niektóre antybiotyki, sulfonamidy, przeciwcukrzycowe pochodne sulfonilomocznika, izotretinoiny), stosowanie kosmetyków i ziół ze składnikami fotoaktywnymi (np. z dziurawca)
Miejscowe niezdiagnozowane zmiany na skórze

**Przeciwwskazania względne wymagające konsultacji z lekarzem**

Nadczynność tarczycy
Cukrzyca z zaawansowanymi zaburzeniami mikrokrążenia
Nieustabilizowana choroba ciśnieniowa (nadciśnienie, wahania ciśnienia) i zaawansowane zmiany układu naczyniowego
Obciążenie dziedziczne chorobą nowotworową
Niektóre choroby przewlekłe (np. porfiria, toczeń rumieniowaty)
Epilepsja

**Deklaracja zgody na zabieg z zastosowaniem magneto-lasera  
THERMO-SPHERIX THERMO LASER WITH MAGNETIC ROTATION FIELD .**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z powyżej zamieszczonymi przeciwwskazaniami bezwzględnymi i względnymi i wobec ich niewystępowania u mnie, wyrażam zgodę na zabieg z zastosowaniem urządzenia **THERMO-SPHERIX THERMO LASER WITH MAGNETIC ROTATION FIELD .**

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

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