




JOURNAL FÖR ESTETISKA BEHANDLINGAR

Namn/patient:			
Adress:			
Personnummer:			
Telefon/mobil:			
Leg. Behandlare:			
	DATUM	PREPARAT	KRYSSA
		V Soft Lift	
		Stylage HA filler	
		Botulinum toxin typ A	
		Mesoterapi med HA	
		Carboxy therapy/CO2	
		Övrigt	
	LOT/BATCH#	LOT-LABEL	
	NOTERINGAR		
	DATUM	PREPARAT	KRYSSA
		V Soft Lift	
		Stylage HA filler	
		Botulinum toxin typ A	
		Mesoterapi med HA	
		Carboxy therapy/CO2	
		Övrigt	
	LOT/BATCH#	LOT-LABEL	
	DATUM	PREPARAT	KRYSSA
		V Soft Lift	
		Stylage HA filler	
		Botulinum toxin typ A	
		Mesoterapi med HA	
		Carboxy therapy/CO2	
		Övrigt	
	LOT/BATCH#	LOT-LABEL	

JOURNAL FÖR ESTETISKA BEHANDLINGAR

PATIENT ID	BESTÄLLD BEHANDLING	KRYSSA	SIGNATUR PAT.	DATUM
Namn:	Stylage Ha filler			
Personnummer:	V-Soft Lift			
Adress:	Botulinum Toxin typ A			
Postadress:	Mesoterapi med HA			
Mobil/tel:	Carboxy therapy/CO2			
E-mail:	Annan behandling			

HAR DU IDAG ELLER TIDIGARE HAFT NÅGON AV DESSA NEDAN FÖLJANDE SJUKDOMAR?

KRYSSA ALTERNATIV	J A	N E J	VID SVAR "JA", SPECIFIERA NOGGRANT	NOTERINGAR
Högt blodtryck				
Diabetes (sockersjuka)				
Psykisk sjukdom				
Allergi				
Läkemedelsöverkänslighet				
HIV-infektion/eller annan blodsmitta				
Kronisk inflammation (reumatism)				
Akne/herpes/bältros				
Hjärt- eller lungsjukdom (nedsatt andningsförmåga)				
Hudsjukdom (tex keloid, perioral dermatit, psoriasis)				
Annan icke nämnd sjukdom (specifera på raden under)				

ANGE TIDIGARE BEHANDLINGAR	J A	N E J	VID SVAR "JA", SPECIFIERA NOGGRANT	NOTERINGAR
V Soft Lift				
HA Filler eller permanent filler/implantat				
Botulinum Toxin typ A				
Mesoterapi				
Om ja, ange vilket/vilka märken på preparatet samt datum				

ANGE DE MEDICINER DU TAR I DAG	STYRKA	DOSERING	NOTERINGAR

NÄRINGSTILLSKOTT SOM DU INTAGIT SENASTE MÅNADEN	J A	N E J	VID SVAR "JA", SPECIFIERA NOGGRANT	NOTERINGAR
Omega 3				
Annat				

ÖVRIGA FRÅGOR	J A	N E J	VID SVAR "JA", SPECIFIERA NOGGRANT	NOTERINGAR
Är du gravid eller ammar?				
Har du tagit smärtstillande senaste dygnet? (Om ja, vilket?)				
Har du druckit alkohol de senaste dygnet?				
Jag godkänner att mina behandlingsbilder används för marknadsföringsmaterial*				
Jag har förstått alla frågor & är över 18 år gammal				

*Härmed överlåter jag rättigheterna till de före och efterbilderna som föreställer mig innan behandling samt behandlingsresultat. Bilderna skall efter fotografering skrivas ut och signeras av mig och sparas till denna journal. Genom min signatur samt notis om ort och datum på varje bild samtycker jag och ger även upphovsmannen det vill säga fotografen fri rätt att publicera bilderna på mig i samtliga medier såsom tryckta eller digitala på internet och sociala medier. Jag godkänner även att jag ej har några krav om ersättning i någon form såsom pengar eller ytterligare behandlingar.

INFORMERAT SAMTYCKE / PATIENTMEDGIVANDE

Min behandlare som ska utföra den estetiska behandlingen 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 möjlig oönskade effekter samt resultat. Jag accepterar risker, biverkningar och möjliga komplikationer som kan uppstå vid denna behandling. Det kan förekomma blåmärken, svullnad samt rodnad. Jag förstår att resultaten inte garanteras. Varaktigheten efter behandlingen kan vara kortare eller längre än den angivna tidsperioden. Jag har besvarat frågorna om min medicinska historik efter min bästa förståelse. Jag intygar att jag blivit informerad angående behandlingen i enighet med ovanstående och samtycker med behandlingen genom min signatur intill.

SIGNATUR

ORT

NAMNFÖRTYDLIGANDE

DATUM