

# FORMULARZ KONSULTACYJNY

SQT Biomicroneedling

## Dane Osobowe Klienta

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

Data Urodzenia: \_\_\_\_\_ Wiek: \_\_\_\_\_  Kobieta  Mężczyzna

Adres: \_\_\_\_\_ Misto: \_\_\_\_\_ Kod \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Pocztowy: \_\_\_\_\_

## Problemy Skóry i Oczekiwane Efekty

Jakie problemy skóry u siebie zauważasz?

\_\_\_\_\_

Jakie efekty chcesz uzyskać dzięki zabiegowi SQT Biomicroneedling?

\_\_\_\_\_

## Charakterystyka Skóry

Proszę zaznaczyć te pola, które opisują stan twojej skóry.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sucha              | <input type="checkbox"/> Tłusta           | <input type="checkbox"/> Skóra Mieszana    |
| <input type="checkbox"/> Przebarwienia      | <input type="checkbox"/> Trądzik          | <input type="checkbox"/> Trądzik Różowaty  |
| <input type="checkbox"/> Blizny po trądziku | <input type="checkbox"/> Rozszerzone Pory | <input type="checkbox"/> Przesuszone Skóra |
| <input type="checkbox"/> Zmarszczki         | <input type="checkbox"/> Utrata Jędrności | <input type="checkbox"/> Skóra Wrażliwa    |
| <input type="checkbox"/> Inne: _____        |   |  |

## Informacje Medyczne

Proszę zaznaczyć te pola, które opisują Twój stan zdrowia.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ciąża                                   | <input type="checkbox"/> Karmienie Piersią      | <input type="checkbox"/> Alergie Skórne               |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca                                | <input type="checkbox"/> Wysokie Ciśnienie Krwi | <input type="checkbox"/> Choroby Serca                |
| <input type="checkbox"/> Choroby Autoimmunologiczne              | <input type="checkbox"/> Enlarged Pores         | <input type="checkbox"/> Poparzenia Słoneczne         |
| <input type="checkbox"/> Skaleczenia Skóry                       | <input type="checkbox"/> Blizny keloidowe       | <input type="checkbox"/> Aktywna opryszczka pospolita |
| <input type="checkbox"/> Alergia na składniki:                   | _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Niedawno przebyte zabiegi lub operacje: | _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Inne Medyczne Informacje:               | _____   |   |

## Twoja Codzienna Rutyna Pielęgnacyjna

Podaj proszę nazwę produktów pielęgnacyjnych, których używasz na co dzień.

| Rano | Wieczorem |
|------|-----------|
| 1.   | 1.        |
| 2.   | 2.        |
| 3.   | 3.        |
| 4.   | 4.        |
| 5.   | 5.        |

Czy stosujesz leki na trądzik, bądź inne dolegliwości skórne? Jeśli tak to jakie?

\_\_\_\_\_

## Przydatne Informacje

Czy korzystasz z solarium, lub często przebywasz na słońcu?

- Nie       Tak, podaj częstotliwość \_\_\_\_\_

Czy regularnie stosujesz krem z filtrem UV?

- Nie       Tak

Czy w przeszłości miałaś/eś reakcję na jakieś produkty do pielęgnacji skóry?

Nie       Tak, wpisz jakie \_\_\_\_\_

Czy używasz produktów pochodnych Retin-A lub Retinol/witamina A?

Nie       Tak, wpisz jakie \_\_\_\_\_

## Historia Zabiegów Kosmetycznych

Proszę wypisz zabiegi kosmetyczne, którym się poddałaś/eś w ostatnich 8 tygodniach

| Nazwa Zabiegu | Przybliżona data |
|---------------|------------------|
| 1.            | 1.               |
| 2.            | 2.               |
| 3.            | 3.               |
| 4.            | 4.               |
| 5.            | 5.               |

Czy jest jeszcze coś, o czym powinniśmy wiedzieć przed rozpoczęciem wizyty?

\_\_\_\_\_

Czy rozumiesz na czym polega zabieg Biomicroneedling?

Tak       Nie

Czy rozumiesz instrukcje dotyczące pielęgnacji po zabiegu?

Tak       Nie

Czy nasz pracownik wyjaśnił Ci wszystko szczegółowo i odpowiedział na wszystkie Twoje pytania?

Tak       Nie

## Zgoda na Przeprowadzenie Zabiegu Biomikronakłuwania

Zezwalam mojemu kosmetologowi na przeprowadzenie omówionego przez nas zabiegu Biomikronakłuwania i zwalnam go oraz jego personel z jakiegokolwiek odpowiedzialności, która może wyniknąć z tego zabiegu. Rozumiem, że mój kosmetolog podejmie wszelkie środki ostrożności, aby zminimalizować lub wyeliminować negatywne reakcje, takie jak mrowienie, suchość, zaczerwienienie, pęcherze, owrzodzenia oraz inne reakcje, w miarę możliwości. Rozumiem, że bardzo rzadko dochodzi do trwałych uszkodzeń. Podałam/em dokładny opis wszystkich leków dostępnych bez recepty lub na receptę, których regularnie używam, i obecnie nie używam (ani nie używałam/em w ciągu ostatniego roku) izotretynoiny (Accutane), Retin-A, Acvcloviru ani środków uspokajających. Nie miałam/em żadnych zabiegów chirurgicznych twarzy, kolczyków, tatuaży, trwałych kosmetyków ani innych chemicznych peelingów lub zabiegów na skórę, których nie ujawniłam/em mojemu kosmetologowi. Nie spożywam ani nie używam miejscowo żadnego innego produktu dostępnego bez recepty ani leku/środka na receptę, który nie został ujawniony mojemu kosmetologowi. Obecnie nie jestem w ciąży ani nie karmię piersią. Nie miałam/em ostatnio żadnych zabiegów radioaktywnych lub chemioterapii, oparzeń słonecznych, oparzeń wiatrem lub uszkodzonej skóry. Ostatnio nie depilowałam/woskiem ani nie używałam depilatora (takiego jak Nair) na obszarze, który ma być leczony. Nie mam historii bliznowców, cukrzycy, jakiegokolwiek choroby autoimmunologicznej, aktywnych pęcherzy opryszczkowych ani żadnych innych istniejących schorzeń, które mogą zakłócać pozytywne wyniki tego leczenia.

### Podpis i Data

---

Rozumiem, że nie powinnam/powinienem poddawać się zabiegowi Biomikronakłuwania, jeśli zamierzam nadal przebywać nadmiernie na słońcu. Wytłumaczono mi, że w wyniku zabiegu obszar poddany zabiegowi będzie bardziej wrażliwy na działanie promieni słonecznych i będzie wymagał regularnego stosowania kremów z filtrem.

### Podpis

---

Rozumiem, że ta procedura może sprawić, że skóra poczuje się niekomfortowo podczas zabiegu, ale zgadzam się natychmiast poinformować kosmetologa, jeśli mam obawy lub czuję się nadmiernie nieswojo podczas zabiegu lub po powrocie do domu.

### Podpis

---

Moje oczekiwania są realistyczne i rozumiem, że wyniki nie są gwarantowane i że dla uzyskania maksymalnych rezultatów może być wymagana więcej niż jedna aplikacja. Tempo poprawy stanu mojej skóry zależy od wieku, rodzaju i kondycji skóry, stopnia uszkodzenia przez słońce/środowisko, poziomu pigmentacji, stanu zdrowia.

### Podpis

---

## Zgoda na Przeprowadzenie Zabiegu Biomikronakłuwania

Wyrażam zgodę na stosowanie się do zaleceń dotyczących opieki domowej. Będę odpowiedzialna/y za przestrzeganie domowych reżimów, które mogą zminimalizować lub wyeliminować możliwe negatywne reakcje, w tym rozpoznać znaczenie stosowania kremów przeciwstłonecznych i unikania słońca/solariów i ekstremalnych warunków pogodowych. Wyrażam zgodę na stosowanie kremu nawilżającego specjalnie zaleconego przez mojego terapeutę i potwierdzam, że zostałam poinformowana o możliwych negatywnych reakcjach (intensywny rumień, pręgi, strupy) oraz oczekiwanej kolejności procesu gojenia (mrowienie, suchość, podrażnienie, zaczerwienienie, łuszczenie skóry). W przypadku, gdy będę miał/a dodatkowe pytania lub wątpliwości dotyczące moje skóry lub sugerowanego produktu domowego/opieki pozabiegowej, niezwłocznie skonsultuję się z moim kosmetologiem.

### Podpis i Data

---

Rozumiem potencjalne ryzyko i powikłania i zdecydowałam się kontynuować zabiegi kosmetyczne biomikronakłuwania po dokładnym rozważeniu możliwości zarówno znanych, jak i nieznanymi zagrożeń, powikłań i ograniczeń. Zgadzam się, że stanowi to pełne ujawnienie i zastępuje wszelkie wcześniejsze ustne lub pisemne ujawnienia.

Oświadczam, że przeczytałem i w pełni rozumiem powyższe akapity oraz że miałem wystarczającą okazję do dyskusji, aby uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania. Preczytałem powyższe informacje i parafowałem każdą sekcję, aby wskazać, że w pełni rozumiem, czego się spodziewać. Jeśli mam jakieś pytania lub wątpliwości, zwrócę się do mojego kosmetologa.

### Podpis i Data

---

## Objawy po zabiegu SQT Biomicroneedling

**CZERWONA SKÓRA:** Skóra po zabiegu jest czerwona, ponieważ zabieg silnie stymuluje mikrokrążenie podskórne. Zaczerwienienie utrzymuje się przez 1-2 dni.

**SUCHA SKÓRA:** Skóra będzie stosunkowo sucha przez kilka dni po zabiegu, ponieważ napina się i przygotowuje do procesu łuszczenia. W tym czasie potrzebuje dużo dodatkowego nawilżenia i odżywienia. Jest to normalna reakcja, gdy starzejące się komórki są metabolizowane.

**SWĘDZENIE:** Swędzenie może wskazywać, że skóra była osłabiona, a zanieczyszczenia były mocno nagromadzone. Terapia spikułami gąbki przyspiesza regenerację skóry. Swędzenie może być również spowodowane wytwarzaniem nowych komórek skóry. Możesz poklepać twarz czystą wodą, aby złagodzić dyskomfort. Stosuj Serum Regeneracyjne SQT oraz inne wskazane przez kosmetologa produkty.

**ŁUSZCZENIE:** Z powodu nagromadzenia starej, zrogowaciałej skóry i zanieczyszczeń, łuszczenie występuje w różnym stopniu i intensywności, w zależności od odnowy warstwy rogowej.

**POJAWIENIE SIĘ TRĄDZIKU:** W przypadku skóry z większą ilością trądziku, zamkniętymi porami, dużą ilością wągrów i zaskórników, trzeciego dnia może wystąpić wysyp trądzikowy. To, co było nagromadzone pod skórą przed zabiegiem, musi wyjść i się oczyścić. Jest to normalny objaw oczyszczania skóry.

## Zgoda na wykonywanie zdjęć i nagrywanie filmów podczas zabiegu SQT Biomicroneedling

Ja, [imię i nazwisko klienta]

wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć podczas zabiegu Biomikronaktywania w celu dokumentacji postępów leczenia. Rozumiem, że zdjęcia te będą używane do celów edukacyjnych i dokumentacyjnych przez kosmetologa oraz personel gabinetu.

**Podpis i Data**

---

Ponadto, wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku w mediach społecznościowych, na stronach internetowych, w magazynach branżowych i innych publikacjach gabinetu oraz marki SQT Biomicroneedling. Zgoda ta obejmuje prezentację wyników zabiegu oraz omówienie przypadków w celach promocyjnych i edukacyjnych.

Rozumiem, że moje zdjęcia mogą być używane anonimowo, a moja tożsamość nie będzie ujawniona bez mojego dodatkowego, pisemnego zezwolenia. Zgoda ta jest dobrowolna i mogę ją wycofać w dowolnym momencie, informując o tym pisemnie mój gabinet kosmetyczny.

**Podpis i Data**

---