



PLASMAPEN ASIAKASKONSULTAATIO KAAVAKE

PLASMAPEN BY LOUISE WALSH INTERNATIONAL



Plasma Pen

BY LOUISE WALSH INTERNATIONAL

Sinun Plasma Pen ammattilaisesi:

PLASMA PEN KONSULTAATIO - KAAVAKE:

Plasma Pen on hoitomuoto, jota voivat tehdä ainoastaan koulutetut kosmetologit ja terveydenhuoltoalan ammattilaiset. Heillä on tarvittava ammattitaito käsitellä ihoa tällä tehokkaalla laitteella. Plasma Pen by LWI sertifioituilla ammattilaisilla on varma tietotaito johon voit asiakkaana luottaa.

Ennen hoidon aloittamista sinun on asiakkaana täytettävä ja allekirjoitettava kaikki tähän asiakirjaan kuuluvat alueet, mikä antaa sinulta ehdottoman suostumuksen hoitoon. Lisäksi sinun on ilmoitettava koko lääketieteellinen historia, sillä se määrittää, oletko sopiva ehdokas ehdotettuun hoitoon. Jos asiantuntija arvioi, että et olet sopiva hoitoon, hoitoa ei voi tehdä eikä sitä toteuteta.

Asiantuntijasi keskustelelee hoidosta kanssasi kokonaisuutena, mukaan lukien sen, mitä hoito sisältää ja hoidon todennäköiset hyödyt. Asiantuntija arvioi realistiset hyödyt ja käy läpi mahdolliset riskit liittyen hoitoon ja paranemisprosessiin. Asiantuntija neuvoa sinua myös jatkohoidossa. Sinulle annetaan kirjalliset jälkihoito-ohjeet ja on tärkeää, että noudatat näitä ohjeita. Kaikki vasta-aiheet kirjataan tähän asiakastieto-lomakkeeseen, ja niitä käytetään viitteenä mahdollisiin tuleviin käynteihin.

On tärkeää, että täytät kaikki tässä lomakkeessa kysytyt kohdat. Sinun täytyy ymmärtää täysin sinulle annettava Plasma Pen hoito ja arvioidut hoitotulokset.

LUE KAIKKI SEURAAVAT KOHDAT HUOLELLISESTI JA ALLEKIRJOITA KAAVAKE. Sinun on varmistettava, että olet keskustellut kaikki alla mainitut kohdat hoitoa antavan asiantuntijasi kanssa. Allekirjoitettuasi ymmärrät ja hyväksyt sinulle annettavan PlasmaPen hoidon ehdot.

HOITOEHDOT:

- Olet valinnut hoidoksi PlasmaPen kosmeettisen menettelyn.
- PLasmaPen hoidon lopputulosta ei voi taata tarkkaan. Lopputulokseen vaikuttavat ihon yksilöllinen elastisuus, paranemisprosessi ja lukuisten muut tekijät.
- Joskus hoidettava alue voi vaatia useamman käsittelyn, jotta saavutettaisiin optimaalinen hoitotulos. Maksu mahdollisista ylimääräisistä hoitokerroista sovitaan etukäteen ennen hoitosi alkamista.
- Hoidettavasta alueesta riippuen uusia hoitokertoja ei suositella tehtäväksi samalle alueelle 12 viikkoon alkuperäisestä hoidosta. Tämä siksi, että iho hoidetulta alueelta tulee olla täysin parantunut, että voimme nähdä PlasmaPen hoidon tuloksen täysin.
- Asiantuntija käyttää hoitosuunnitelmaa, jonka avulla käynte läpi hoidettavat alueet, kontraindikaatiot, PlasmaPen-laitteen, sekä esikäsitteily- ja jälkihoito-ohjeet. Sinulta otetaan myös valokuvat hoidettavalta alueelta. Nämä tiedot säilytetään hoitolassasi ja ovat dokumenttina hoitoa antavan asiantuntijasi vakuutuksessa.
- Jokaisen asiakkaan ihotyyppi on erilainen ja siitä syystä paranemisprosessi voi harvoin johtaa ihon värimuutoksiin. Uudelleen käsittelyä tai muuta asiaankuuluvaa hoitoa voidaan siten suositella vasta, kun paranemisprosessi on valmis.
- Jokaisen hoidon jälkeen saattaa esiintyä lievää turvotusta tai punoitusta, joka on täysin normaalia. Joissakin harvoissa tapauksissa voi hoidetulla alueella esiintyä voimakastakin turvotusta. Asiantuntijasi antaa sinulle asianmukaiset jälkihoito- ohjeet, mikä auttaa vähentämään näitä vaikutuksia.
- Hoidon aikana saattaa esiintyä pientä epä mukavaa nipistelyä/kipua hoidettavalla alueella. Asiantuntijasi huomio sinut ja tuntemuksesi koko ajan ja pyrkii tekemään hoidosta sinulle mahdollisimman mukavan.
- Koska hoidossa tehdään pieniä palovammoja iholle, saatat haistaa ikävän hajun hoidon aikana. Tämä on täysin normaalia.
- Sinun on noudatettava Plasma Pen ammattilaisesi jälkihoito-ohjeita tarkkaan. Tämä on erittäin tärkeää, koska se vähentää prosessiin liittyvän infektion riskiä. Sinun on annettava käsittelyn alueen parantua kunnolla. Vältä nyppimistä tai hankaamista, koska se heikentää paranemisprosessia ja voi vaikuttaa lopputuloksessa hoidetun alueen epätasaisuutena. Väärin tehty jälkihoito voi huonontaa merkittävästi lopputulosta.
- Huomaa, että mahdolliset myöhemmät ihon hoitomenetelmät, kuten plastiikkakirurgia, implantit, injektoidavat aineet ja painonnousu voivat muuttaa Plasma Pen- hoidon lopputulokseen.

Asiakkaan allekirjoitus

ASIAKASTIETOLOMAKE :

NIMI:	SYNTYMÄAIKAI (DD/MM/YY):
OSOITE:	PUHELIN: SÄHKÖPOSTI:
AMMATTI:	
HOIDETTAVA ALUE (ET):	HINTA:

VALOKUVAT (Asiakas antaa allekirjoituksella suostumuksensa kuvien ottamiseen):

Täten annan suostumuksen valokuvien ottamiseen ENNEN JA JÄLKEEN PlasmaPen- hoidon.
Hyväksyn, että nämä tallennetaan minun esitietokaavakkeiden kanssa ja että niitä käytetään vain kirjallisella suostumuksella muihin mainostarkoituksiin.

Asiakkaan allekirjoitus

ALLERGIA TESTI: (Asiakkaan on ympyröitävä A, B tai C ja allekirjoittamalla)

- (A) Ymmärrän, että ihokokeella pystytään etukäteen testaamaan mahdollinen allerginen reaktio PlasmaPen-hoidossa käytettäviin tuotteisiin (puudute ja jälkihoitovoide). Ymmärrän, että tämä testi ei ole täysin luotettava ja siksi luovun oikeudestani allergiatestiin ja haluan jatkaa hoitoa.
- (B) Olen teetättänyt allergiatestin ennen ensimmäistä hoitoa. Vapautan asiantuntijaltani vastuun, joka liittyy niihin allergisiin reaktioihin, joita saattaa esiintyä joko esikäsittelyaineen levityksen tai muiden menettelyiden jälkeen käytettävien tuotteiden yhteydessä, välittömästi tai myöhemmässä vaiheessa.

Asiakkaan allekirjoitus _____**SUOSTUMUS (Asiakkaan on täytettävä ja PlasmaPen asiantuntijan allekirjoitettava):**

Ymmärrän, että Plasma Pen asiantuntija on suorassa kosketuksessa minuun hoidon aikana. Hoidossa käytetään vain steriilejä/ kertakäyttöisiä työvälineitä ja suojavarusteita.

Hyväksyn täten Plasma Pen -käsittelyn. PlasmaPen asiantuntijani on selittänyt hoidon ehdot ja olen ymmärtänyt ne täysin.

Annan kirjallisen suostumuksen PlasmaPen asiantuntijalle, joka on koulutettu ja vakuutettu, hoitamaan toiveeni mukaisen alueen.

Asiakkaan nimi:	Ammattilaisen allekirjoitus:
Asiakkaan allekirjoitus:	Päivämäärä:

HOITOHISTORIA: (Asiakkaan on täytettävä)**Nimi:**

Syntymäpäivä: (DD/MM/YY):
Mies / Nainen (ympyröi)
Oletko saanut ennen ihonkirurgista hoitoa? KYLLÄ / EI Jos kyllä , vastaa seuraaviin kysymyksiin:
Kuinka kauan sitten hoitosi oli?
Mitä menettelyjä olet saanut?
Missä kävit kyseisessä hoidossa?
Olitko tyytyväinen lopputulokseen? KYLLÄ / EN Jos EN , selittäisitkö syyn:
Oletko Yli 18-vuotias?
Oletko raskaana?
Oletko tällä hetkellä kipeä, alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaisena?
Onko sinulla mielenterveyden häiriö?

Asiakkaan allekirjoitus _____

Asiantuntijan allekirjoitus _____

LÄÄKETIETOJA JA LISÄTIEDOT: (Asiakkaan on täytettävä)

Vastaa KYLLÄ tai EI kaikkiin seuraaviin kysymyksiin. Näistä yksityiskohdista keskustellaan (luottamuksellisesti) Plasma Pen -asiantuntijan kanssa.	KYLLÄ	EI
Tuntuuko sinusta, että olet saanut tarpeeksi riittävää informaatiota Plasma Pen hoidosta?		
Tiedätkö, että lopputulos ei välttämättä näytä parhaalta lähipäivinä, ja että saatat mahdollisesti kokea myös pientä epämukavuuden tunnetta, punoitusta ja turvotusta hoidon aikana/ jälkeen?		
ALLERGIAT	KYLLÄ	EI
Onko sinulla allergioita tai oletko koskaan kokenut allergisia reaktioita minkäänlaisiin lääkkeisiin, elintarvikkeisiin tai tuotteisiin, kuten lateksikäsineisiin, laastareihin jne.? Jos vastasit KYLLÄ, niin kuvaile allerginen reaktio.		
Onko sinulla tai oletko koskaan saanut allergista reaktiota paikallispuudutuksesta ?		
Oletko allerginen penisillinille?		
LÄÄKKEET	KYLLÄ	EI
Onko sinulla parhaillaan minkäänlaista lääketieteellistä hoitoa ja / tai oletko saanut lääkärinhoitoa viimeisten 6 kuukauden aikana? Jos vastasit KYLLÄ, niin kuvaile lisätietoja:		
Käytätkö tällä hetkellä lääkkeitä? Jos vastasit KYLLÄ, mainitse mitä lääkkeitä käytät ja mihin tarkoitukseen?		
Sairastatko mitä tahansa tartuntatautia tai muuta akuuttia tai kroonisista sairautta? Jos vastasit KYLLÄ, kirjoita lisätietoja:		

Onko sinulla korkea tai matala verenpaine? Onko sinulla muita verenkiertoelinten sairauksia?	KYLLÄ	EI

Onko sinulla epilepsiaa, huimausta, pyörtyilyjä tai muita kohtauksia? Jos vastasit KYLLÄ, kirjoita lisätietoja:		
Käytätkö antikoagulantteja (verenohennuslääkkeitä) kuten Primaspan, Warfarin, Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban?		
Onko sinulla autoimmuunitauti kuten Lupus, MS, scleroderma, vyöruusu, psoriaasi jne.? Jos vastasit KYLLÄ, kirjoita lisätietoja:		
Onko sinulla diabetes?		
Onko sinulla hengitystiesairauksia, kuten astma tai keuhkosairaus, keuhkoputkitulehdus, keuhkoahtaumatauti? Jos vastasit KYLLÄ, kirjoita lisätietoja:		
Onko sinulla sydänsairauksia tai -oireita? Onko sinulla angina pectoris? Onko sinulla sydämentahdistin?		
Onko sinulla hemofiliaa tai muuta verisairautta, kuten anemiaa, talassemiaa, polysytemiaa, leukemiaa, lymfoomia, MDS: tä, myeloomaa ja trombosytemiaa? Jos vastasit KYLLÄ, kerro lisätietoja:		

Onko sinulla munuais- ja / tai maksasairaus?		
Sairastatko tai oletko sairastanut syöpää? Jos vastasit kyllä, onko sinulla ollut säteily- tai kemoterapiahoito ja milloin?	KYLLÄ	EI
Onko sinulla tehty elinsiirtoa?		
Sairastako HIV / AIDS: a?		
Sairastatko hepatiittia?		
Sairastatko herpestä? Ilmoita myös ei aktiivisessa vaiheessa oleva herpes.		

IHOSI JA SEN KUNTO	KYLLÄ	EI
Kärsitkö jostain ihosairaudesta, esim. Rosacea, ekseema jne? Jos vastasit KYLLÄ, kerro lisätietoja:		
Onko sinulla parhaillaan tai onko sinua koskaan käsitelty minkään pigmentaatiohäiriön, kuten Melasma, Age Spots, Hyperpigmentation, Vitilago jne. liittyen? Kehittykö ihollesi koskaan vaaleita laikkuja?		
Käytätkö tai oletko käyttänyt suun kautta otettavia / paikallista kortisonia viimeisten 6 kuukauden aikana? Tämä sisältää lääkkeit, kuten Roaccutan acnen hoitoon ja hydrokortisoni ekseemaan.		
Onko sinulla ongelmia arpien parantumisessa? Onko sinulla keloidiarpia, hypertrofia-arpia? Jos vastasit KYLLÄ, kirjoita lisätietoja:		

Saatko helposti mustelmia pienistä ihovaurioista ja / tai vuodatko runsaasti verta pienissä leikkauksissa? Onko sinulla ollut epänormaalia verenvuotoa?		
Onko ihosi rasvainen ja / tai onko sinulla suurentuneet ihohuokokset?		
Käytätkö säännöllisesti Retinol-A: ta, glykolia tai jotain muuta kuorinta-ainetta?		
HOITOHISTORIA	KYLLÄ	EI
Onko sinulle laitettu lähiaikoina botoxia, täyteaineita, tehty laserkäsittelyä, kemiallisia kuorintaa tai plastiikkakirurgiaa viimeisten kolmen kuukauden aikana? Jos vastasit KYLLÄ, kerro lisätietoja:		
Onko sinulle tehty kestopigmentointeja, mikroblading:a tai muuta tatuaatiota? Jos vastasit KYLLÄ, milloin ja oliko sinulla ongelmia paranemisessa?		
Onko sinulla ollut Laser-silmäleikkausta viimeisen 3 kuukauden aikana? Jos vastasit KYLLÄ, niin milloin?		
MUUT TIEDOT	KYLLÄ	EI
Käytätkö piilolinsejä?		
Onko sinulla näkövammaisuutta ja / tai kärsitkö glaukoomasta, kaihista, kuivista silmistä tai muista silmäinfektioista? Onko sinulla sarveiskalvon hankausta tai verkkokalvon irtoamista? Jos vastasit KYLLÄ, kerro lisätietoja:		
Onko sinulla silmäproteesi tai mitä tahansa muuta siihen liittyvää alueella, jota on tarkoitus hoitaa PlasmaPen-menetelmällä?		
Milloin olit viimeksi auringossa pidemmän aikaa (esim. lomamatka)?		

Onko sinulla mielenterveysongelmia tällä hetkellä tai ollut niitä aiemmin? Jos on, onko sinulla lääkitystä siihen tällä hetkellä?		
Onko olemassa muita sairauksia tai syitä, jotka voisivat estää meitä tekemästä PlasmaPen- hoitoa?		

Jos sinulla on jokin aiemmin lueteltu lääketieteellinen tila, on erittäin tärkeää, että ilmoitat siitä PlasmaPen asiantuntijallesi, joka voi ryhtyä tarvittaviin varotoimiin varmistaakseen, että saat parhaan Plasma Penin hoidon ja vältät mahdolliset terveys- tai turvallisuusriskit.

Lisätiedot:

- Vakuutan, että olen lukenut, täyttänyt ja ymmärtänyt tämän lomakkeen lääketieteelliset syy/seuraus- suhteet ja allekirjoittanut suostumuslomakkeen hoitoon.
- Louise Walsh International PlasmaPen menetelmänä on täysin selitetty minulle.
- Minulla on ollut tilaisuus esittää kysymyksiä hoidosta ja kysymyksiini on vastattu.
- Ymmärrän, kuinka tärkeää on käydä läpi täydellinen lääketieteellinen historiani, ja vahvistan, että olen ollut rehellinen vastauksissani.
- Ymmärrän, että lääketieteellisen tiedon pidättäminen saattaa vahingoittaa terveyteni ja turvallisuuttani sekä hoidon aikana että sen jälkeen, ja vahvistan, etten ole jättänyt mitään edellä kysyttäjä asioita kertomatta.
- Ymmärrän, että jos lääketieteellisessä historiassani tapahtuu muutoksia, minun on ilmoitettava se Plasma Pen asiantuntijalleni ennen seuraavaa mahdollista hoitoa.
- Ymmärrän, että haluttuun lopputulokseen saatetaan tarvita useita hoitoja ja tämä on selitetty minulle.
- Ymmärrän myös, että mitään takuuta ei ole siitä, mitä hoidon lopputulos saattaa olla tai ei ole.
- Allekirjoituksestani vakuutan, että olen vähintään 18-vuotias ja vapaaehtoisesti antanut tietoisien suostumuksen hoidon saamiseen.

Asiakkaan allekirjoitus

ERI IHOTYYPIT : (käydään yhdessä asiakkaan kanssa läpi ja tehdään merkinnät)

Jokaisen iho on yksilöllinen. Ihotyyppit vaihtelevat erittäin vaaleasta (type I) erittäin tummaan (type VI). Ihotyyppijä I, II ja III voidaan turvallisesti hoitaa PlasmaPen menetelmällä.

Ihmiset joilla on tummempi iho(IV, V, VI). Heidän ihossaan on enemmän melanosyyttejä, jotka kykenevät tekemään suuria määriä melaniinia varsinkin traumakohtiin. Kun tumma / musta iho vaurioituu (plasmakynän luoman mikro-trauman kautta), nämä melanosyytit voivat hyperpigmentoitua tai hypopigmentoitua.

Jos sinulla on intialainen tai afrikkalainen syntyperä, on hyvin epätodennäköistä, että Plasma Pen -ammattilainen pystyy hoitamaan sinua turvallisesti/ halutulla lopputuloksella.

The Fitzpatrick Skin Type Scale:

					
TYPE I Light, pale white Always burns, never tans	TYPE II White, fair Usually burns, tans with difficulty	TYPE III Medium, white to olive Sometimes mild burn, gradually tans to olive	TYPE IV Olive, moderate brown Rarely burns, tans with ease to a moderate brown	TYPE V Brown, dark brown Very rarely burns, tans very easily	TYPE VI Black, very dark brown to black Never burns, tans very easily, deeply pigmented

TYPE I TYPE II TYPE III **TYPE IV** **TYPE V** **TYPE VI**

Jos olet viettänyt aikaa auringossa äskettäin, voit tilapäisesti olla tummempi kuin oikea ihosi. Tässä tapauksessa pitäisi ainakin viivästyttää PlasmaPen -hoitoasi ja välttää aurinkona, kunnes iho palaa normaaliin sävyynsä.

Sinun ihotyyppisi

Vastauksissa on oltava tarkka ja rehellinen täyttäessäsi kyselylomaketta. Tämän kyselyn avulla voidaan määrittää ihosi sävy. Tässä kyselyssä on kolme osa-aluetta:

- (i) Geneettinen suku
- (ii) Ihoreaktiosi auringonvaloon
- (iii) Ihon rusketustottumuksesi

Jokaiselle vastaukselle on oma pistemäärä ja kokonaispistemäärä antaa sinulle Ihotyyppisi.

Ympyröi kukin sinulle sopivista vastauksista ja PlasmaPen asiantuntijasi laskee testin pistemäärän:

ENSIMMÄINEN OSA: GENETIIKKA

(1) Mikä on silmiesi luonnollinen väri?

Vaaleansininen, vaaleanharmaa tai vaaleanvihreä	= 0
Sininen, harmaa tai vihreä	= 1
Pähkinä tai vaaleanruskea	= 2
Tumman ruskea	= 3
Mustanruskea	= 4

(2) Mikä on hiustesi luonnollinen väri?

Punainen tai todella vaalea	= 0
Vaalea	= 1
Tumman vaalea tai vaaleanruskea	= 2
Tumman ruskea	= 3
Musta	= 4

(3) Mikä on luonnollinen ihonsävyysi (Ennen auringonottoa)?

Luun vaalea	= 0
vaalea	= 1
Kullan vaalea	= 2
Oliivi tai vaalean ruskea	= 3
Tumman ruskea tai musta	= 4

(4) Kuinka paljon sinulla on pisamia/ luomia vartalon iholla?

Paljon	= 0
Jonkin verran	= 1
Muutama	= 2
todella vähän	= 3
Ei yhtään	= 4

Kokonaispistemäärä genetiikan suhteen: _____

TOINEN OSA: IHON AURINKOALTITIUS**(1) Kuinka ihosi/ kasvosi reagoivat auringon valoon?**

Palaa aina	= 0
Palaa toisinaan	= 1
Ihoni kestää kohtalaisesti aurinkoa	= 2
Palaa harvoin, jos ollenkaan	= 3
Ei pala koskaan	= 4

(2) Ruskettuuko ihosi?

Ei koskaan – palan aina	= 0
Harvoin	= 1
Joskus	= 2
Usein	= 3
Aina	= 4

(3) Kuinka helposti rusketut?

En ollenkaan tai hyvin vähän	= 0
Kevyesti	= 1
Kohtalaisesti	= 2
Syvästi	= 3
Ihoni on luonnollisesti tumma	= 4

(4) Kuinka herkkä kasvojesi iho on auringolle?

Todella herkkä	= 0
Herkkä	= 1
Normaali	= 2
Kestävä	= 3
Todella kestävä/ ei koskaan ongelmia	= 4

Kokonaispistemäärä reaktiolle auringonvalolle: _____

OSA KOLME: RUSKETUSTOTTUMUKSESI**(1) Koska olet viimeksi ollut auringossa?**

Yli 3kk = 0

2-3kk = 1

1-2 kk = 2

Alle kuukausi = 3

Alle 2- viikkoa = 4

(2) Altistitko tulevaa Plasma Pen hoitoaluetta auringolle?

En ollenkaan = 0

Todella vähän = 1

Joskus = 2

Usein = 3

Kyllä kokoajan = 4

Kokonaispistemäärä rusketus tottumuksille: _____**KOKONAISPISTEMÄÄRÄ KAIKISTA KOLMESTA OSA- ALUEESTA: _____**

Osan 1, 2 ja 3 yhteenlaskettu pistemäärä voidaan nyt sovittaa alla lueteltuihin ihomuotoihin auttamaan määrittämään oman ihotyypin.

Type I: 0 - 6 pistettä

Vaalea/ valkoinen. Aina palaa helposti, ei koskaan rusketu.

Type II: 7 - 12 pistettä

Vaalea. Palaa helposti, ruskettuu vähän.

Type III: 13 - 18 pistettä

Vaaleahko / oliivin sävyinen. Palaa toisinaan, ruskettuu helpommin.

Type IV: 19 - 24 pistettä

Oliivi- ihoinen, luonnollisen ruskea. Palaa harvoin, ruskettuu helposti.

Type V: 25 - 30 pistettä

Ruskea ihoinen/ Tumman ruskea. Palaa harvoin, Ruskettuu aina.

Type VI: 31+ pistettä

Tumman ruskea tai musta. Ei koskaan pala.

PLASMA PEN ASIAANTUNTIJAN MUISTIINPANOT

Minä, Plasma Pen Elite Teknikko, vahvistan, että olen tarkasti tarkistanut asiakkaan vastaukset tähän kyselyyn. Olen saavuttanut pistemäärät / tarkistanut kokonaispistemäärän ja olen samaa mieltä siitä, että asiakkaan nykyinen ihotyyppi on seuraava (ympyröi):

IHOTYYPPI: **I** **II** **III** **IV** **V** **VI**

ASIAANTUNTIJAN ALLEKIRJOITUS: _____

PÄIVÄMÄÄRÄ: _____

ASIAKKAAN SUOSTUMUS:

Minä, asiakas, olen lukenut ja ymmärtänyt kaikki ihotyyppien tiedot ennen hoitoa. Olen ollut rehellinen ja tarkka vastauksissani ja olen samaa mieltä kaikista käsitellyistä kohdista. Olen tietoinen siitä, että hyperpigmentaatio tai hypopigmentaatio ovat hyvin todellinen mahdollisuus ihotyypeille IV tai tummemmalle ja että minulle ei suositella plasma hoitoa, jos ihotyyppini on tyyppiä III tummempi.

ASIAKKAAN ALLEKIRJOITUS: _____

PLASMA PEN HOITOSUUNNITELMASI:

Tämä hoitosuunnitelma täytetään yhdessä Plasma Pen asiantuntijasi kanssa.

Tämä lomake säilytetään ja allekirjoitetaan ja se ON VOIMASSA VAIN SOVITUN ALUEEN KÄSITTELYYN.

Kaikki muut mahdolliset hoidot kirjataan ja allekirjoitetaan erillisiin hoitosuunnitelmiin.

Suunniteltu hoitoalue:**Suosittelujen hoitojen lukumäärä:**

Hoitokerrat: Ympyröi (vain 4 hoitoa sallitaan 1 alueelle)

1 2 3 4

Ihotyyppi: Ole hyvä ympyröi (Plasmakynä käsittely ei ole sallittua ihotypeille IV, V tai VI)

TYPE I

TYPE II

TYPE III

TYPE IV

TYPE V

TYPE VI

Ensimmäinen konsultaatio:

Asiakkaan kanssa keskustellaan, mikä on sovittu hoitosuunnitelma ja kuinka monta hoitokertaa se todennäköisesti tarvitsee?

Mikä on hoidon ennustettu lopputulos ja suosituksesi?**Asiakkaan tyytyväisyys/ palautekysely: (Täytetään myöhemmin)**

Ovatko odotuksesi täyttyneet?

Ovatko alueen parantuneet kuvatulla tavalla?

Mikä on sovittu tavoite tämän päivän menettelyssä?

Mikä on ennustettu lopputulos ja suositukset?

Kuvaile hoitoalue ja kuvaus ihon ulkonäöstä:

ASIAKKAAN ALLEKIRJOITUS: _____

ASIAANTUNTIJAN ALLEKIRJOITUS: _____

PLASMA PEN TREATMENT AGREEMENT

Minä, PlasmaPen asiantuntija vahvistan, että olen tarkasti tarkistanut kaikki esitetokaavakkeet, mukaan lukien suostumuslomakkeet ja lääketieteellisen historian. Olen keskustellut asiakkaan kanssa kaikista hoidon vaiheista ja asiakas on vakuuttanut ymmärtävänsä nämä hoitovaiheet. Jälkihoito-ohjeet on annettu asiakkaalle kirjallisesti, ohjeet on käyty läpi yhdessä asiakkaan kanssa ja hän on täysin ymmärtänyt ne.

AMMATTILAISEN ALLEKIRJOITUS : _____

PÄIVÄMÄÄRÄ : _____

Pyydä asiakasta lukemaan ja allekirjoittamaan seuraavat tiedot ennen hoitoa:

Minä, asiakas, olen samaa mieltä kaikista etukäteen käydyistä kaavakkeista, ja haluan jatkaa hoitoa. Osallistuin täysin päätökseen minulle valittujen PlasmaPen hoitoalueiden suhteen. Noudatan jälkihoitoa annettujen ohjeiden mukaisesti.

ASIAKKAAN ALLEKIRJOITUS: _____

PÄIVÄMÄÄRÄ: _____

TALLENNETUT ASIAKIRJAT:

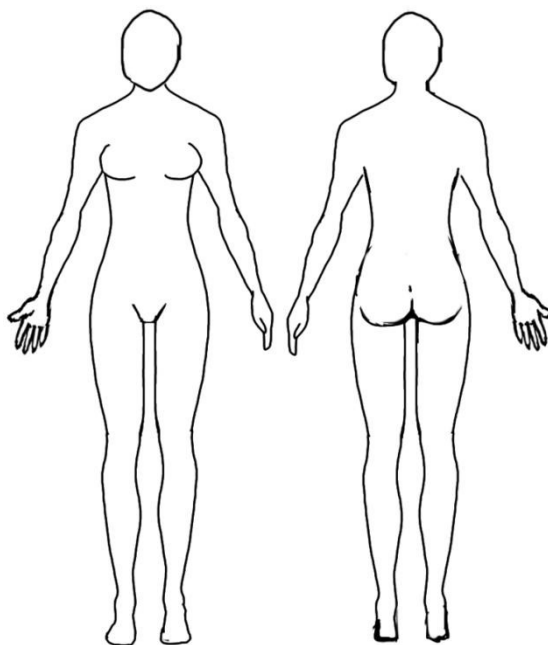
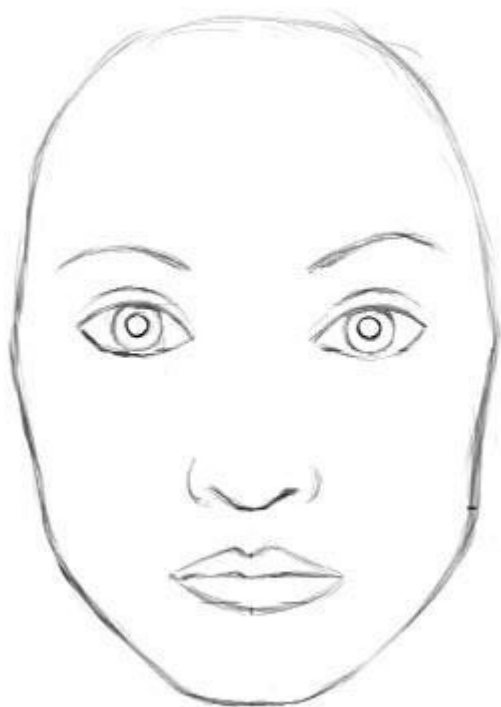
Hoidettu alue:	Muita hoitoja tänä päivänä:
PLasmaPen kynä: Kärki:	Hoitohistoria:
Puudute:	Hoitohistoria:
Valokuvat ennen/ jälkeen	Ihotyypiksi:
Kiputuntemus hoidon aikana (1 alin 10 korkein):	Oliko läsnä muita ihmisiä?

MUISTIINPANOT: Tallenna kaikki asiaankuuluvat lisätiedot, jotka asiakas on kertonut tai toimittanut hoidon jälkeen ja tarvittavat lisäkäsittelyohjeet:

MINUN PLASMA PEN - HOITOSUUNNITELMANI:

Hyväksyttävä asiakkaalla ennen hoidon aloittamista.

Hoidettavat alueet (Ympyröi):



Hoitosuunnitelmani on saatu hyväksytysti päätökseen ja minulla on ollut tilaisuus keskustella välittömästi kysymyksistäni hoitoon erikoistuneen ammattilaisen kanssa.

Ymmärrän täydellisesti jälkihoito-ohjeet ja ne on annettu minulle kirjallisena. Sitoudun noudattamaan minulle annettuja jälkihoito-ohjeita.

ASIAKKAAN ALLEKIRJOITUS: _____

AMMATTILAISEN ALLEKIRJOITUS: _____

PÄIVÄMÄÄRÄ: _____