

Lézeres szőrtelenítés előtti egészségügyi ellenőrző lista

Kérjük, minden kérdésnél jelölje be a megfelelő választ!

Kérdés	IGEN	NEM
Terhes vagyok, illetve terhességet tervezek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akné elleni gyógyszert (pl. Roaccutane, Medinac, Inerta) szedek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olyan gyógyszert szedek, ami fényérzékenységet okozhat (pl. antidepresszáns, antibiotikum, ibuprofen, aspirin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fényérzékenységem ismert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitális herpeszem vagy aktív ajakherpeszem van.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keloidos (megvastagodott) heg hajlamom van, vagy friss sebem, műtéti hegem még nem gyógyult be.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bőrrákomban (pl. melanoma) volt vagy van.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyílt sebem vagy aktív bőrfertőzésem van a kezelendő területen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pellagrában (B3-vitamin-hiány) vagy lupusban szenvedek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porfíriám (örökletes anyagcserezavar) van.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szteroid tartalmú gyógyszert szedek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ízületi gyulladásra aranyterápiát kapok, vagy véralvadásgátlót szedek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az elmúlt hetekben szoláriumoztam, önbarnítót használtam vagy intenzíven napoztam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetoválásom (vagy sminktetoválásom) van a kezelendő területen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A kezelendő területet az elmúlt 4 hétben gyantáztam vagy csipeszeltem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A kezelendő bőrfelületet leborotváltam a kezelés előtt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az utóbbi napokban glikolsavat, benzoil-peroxidot, szalicilsavat, hidrokinont vagy bőrfehéřítő krémet használtam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektronikus implantátumom van (pl. pacemaker, beültetett defibrillátor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sebészeti beavatkozás történt a kezelendő területen az elmúlt 3 hónapban.

Cerebrovaszkuláris betegségem (pl. stroke) volt.

Súlyos betegségem van (pl. szívprobléma, epilepszia, kezeletlen magas vérnyomás, máj- vagy vesebetegség).

Olyan gyógyszert vagy kezelést kapok, ami befolyásolhatja a lézeres kezelést.

Egyéb észrevétel:

Megjegyzés:

A szakember fenntartja a jogot a kezelés elhalasztására vagy megtagadására, ha az a páciens biztonságát veszélyeztetné.

Név:

Születési hely, idő:
