

DOTAZNÍK ZDRAVOTNÍHO STAVU

a informovaný souhlas s použitím přístroje
BeautyRelax Bodyshape HIFU Tripple Attack Studio



IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE KLIENTA

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Telefon / e-mail:

Datum vyplnění dotazníku:

CÍL APLIKACE (informativní)

Zakroužkujte, co je pro vás hlavním cílem:

- ☐ redukce lokálního tuku
- ☐ zpevnění pokožky
- ☐ zlepšení vzhledu celulitidy
- ☐ tvarování postavy
- ☐ tonizace svalů
- ☐ kombinace výše uvedeného

Požadovaná oblast aplikace:

☐ jiné: ☐ paže ☐ hýždě ☐ stehna ☐ boky ☐ břicho

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK – KONTRAINDIKACE

A) ABSOLUTNÍ KONTRAINDIKACE

(pokud odpovíte ANO, aplikaci NELZE provést)

Odpovězte **ANO / NE**

1. Jste těhotná nebo kojíte? ☐ ANO ☐ NE
2. Máte kardiostimulátor nebo jiný elektronický implantát? ☐ ANO ☐ NE
3. Máte kovové implantáty v místě plánované aplikace? ☐ ANO ☐ NE
4. Trpíte epilepsií? ☐ ANO ☐ NE
5. Máte aktivní onkologické onemocnění? ☐ ANO ☐ NE
6. Máte poruchy srážlivosti krve? ☐ ANO ☐ NE
7. Máte akutní infekci, zánět nebo horečku? ☐ ANO ☐ NE

➔ Pokud je některá odpověď ANO → aplikaci nelze provést.

B) RELATIVNÍ KONTRAINDIKACE

(vyžaduje individuální posouzení nebo odklad)

Odpovězte **ANO / NE**

8. Máte diagnostikované autoimunitní onemocnění? ☐ ANO ☐ NE
9. Máte neléčený nebo nestabilní vysoký krevní tlak? ☐ ANO ☐ NE
10. Trpíte cukrovkou ve středním či pokročilém stadiu? ☐ ANO ☐ NE
11. Máte sníženou citlivost pokožky v místě aplikace? ☐ ANO ☐ NE
12. Máte velmi tenkou tukovou vrstvu v místě aplikace? ☐ ANO ☐ NE
13. Jste aktuálně silně opálen(a) nebo po soláriu (do 7 dnů)? ☐ ANO ☐ NE

➔ Při odpovědi ANO rozhoduje obsluha o vhodnosti nebo odložení aplikace.

C) STAV POKOŽKY V MÍSTĚ APLIKACE

14. Máte v místě aplikace:

- ☐ otevřené rány
- ☐ aktivní zánět
- ☐ ekzém / lupénku v aktivní fázi
- ☐ čerstvé jizvy nebo zákrok (do 3 měsíců)
- ☐ výrazné akné nebo podráždění

☐ NE ☐ ANO

➡Pokud ANO → aplikaci odložit.

PŘEDCHOZÍ APLIKACE

15. Absolvoval(a) jste v posledních 6 měsících některou z těchto procedur?

- ☐ HIFU
- ☐ RF
- ☐ EMS
- ☐ liposukce
- ☐ chirurgický zákrok v dané oblasti
- ☐ žádné

Upřesnění (kdy, kde):

PROHLÁŠENÍ KLIENTA

Prohlašuji, že:

- jsem uvedl(a) **pravdivé a úplné informace** o svém zdravotním stavu,
- byl(a) jsem **srozumitelně informován(a)** o průběhu, účinku a možných reakcích aplikace,
- rozumím tomu, že se jedná o **kosmetickou a estetickou proceduru**, nikoli zdravotní výkon,
- beru na vědomí, že **výsledky jsou individuální** a závislé na reakci organismu a životním stylu,
- byl(a) jsem poučen(a) o **doporučené péči po aplikaci**.

Souhlasím s provedením aplikace přístrojem
BeautyRelax Bodyshape HIFU Tripple Attack Studio.

Datum:

Podpis klienta:

VYHODNOCENÍ OBSLUHOU (vyplňuje obsluha)

- ☐ klient **VHODNÝ** k aplikaci
- ☐ aplikace **ODLOŽENA**
- ☐ aplikace **NELZE PROVÉST**

Poznámka obsluhy:

.....

Jméno obsluhy:

Podpis: