



טופס הסכמה מדעת לטיפול

שם מלא _____ :

סוג הטיפול: מיקרובליידינג / פודרה / אחר _____ :

תאריך הטיפול _____ :

אני מאשרת כי קיבלתי הסבר בנוגע לטיפול המבוקש, למהות ההליך, לתהליך ההחלמה, להנחיות לפני ואחרי הטיפול ולכך שתוצאות הטיפול עשויות להשתנות מאדם לאדם.

ידוע לי כי:

1. מדובר בטיפול אסתטי חצי קבוע, ותוצאותיו תלויות במאפייני העור, במצב הבריאותי, בהרגלי חיים, בחשיפה לשמש, בהזעה, בשימוש בתכשירים שונים ובהקפדה על הוראות ההחלמה.
2. ייתכן שלאחר הטיפול הראשוני יהיה צורך בטיפול נוסף, חיזוק או תיקון, בהתאם לקליטת הפיגמנט ולמצב העור.
3. בימים הראשונים שלאחר הטיפול צבע הגבות עלול להיראות כהה יותר מהתוצאה הסופית, ובהמשך תיתכן הבהרה, קילוף ושינוי זמני במראה.
4. ייתכנו במהלך ולאחר הטיפול תחושות של רגישות, אדמומיות, אי נוחות קלה, נפיחות קלה, קילוף או גרד זמני.
5. התוצאה הסופית אינה מיידית, ונדרשת תקופת החלמה מלאה עד להתייצבות המראה.
6. ידוע לי כי אי עמידה בהוראות לפני ואחרי הטיפול עלולה לפגוע בתוצאה.
7. הובהר לי כי אין אפשרות להבטיח תוצאה זהה לחלוטין לציפייה אישית, לתמונה לדוגמה או לטיפול קודם.

אני מאשרת כי ניתנה לי אפשרות לשאול שאלות, וכי קיבלתי עליהן מענה ברור ומספק.

אני מאשרת את ביצוע הטיפול מרצוני החופשי, לאחר שקיבלתי את כל המידע הדרוש לי.

שם מלא _____ :

חתימה _____ :

תאריך _____ :

חתימת מטפלת _____ :

”השלמים הם בהחלט הגבול”