

הצהרת בריאות והתחייבות למטופל/ת לקראת איפור קבוע

שם: _____
כתובת: _____ טלפון נייד: _____
מייל: _____ תאריך לידה: _____
איך הגעת אלינו: _____
תאריך: _____

ברצוני להיות מטופל/ת במיקרו פיגמנטציה ולפיכך אני מצהיר/ה:

1. כי הנני כשירה/ה פיזית לקבל טיפולים מתמר הדר אוהב ציון
2. כי אינני סובלת/ת מבעיות רפואיות או מחלות כלשהן או עברתי ניתוחים העלולים לסכן אותי.
3. במידה והנני סובלת/ת מבעיות רפואיות אפרט בהמשך.
4. בחתימתי אני מוותר/ת על כל טענה ו/או תביעה כלשהי נגד תמר הדר אוהב ציון
בגין כל נזק העלול להגרם לי כתוצאה מהשימוש בשירותים שבתחומכם.

להלן רשימת שאלות רפואיות עליהן יש לענות כן/לא:

האם את/ה סובלת/ת מ:

מחלת לב / לחץ דם גבוה / נמוך: _____ כן / לא
אסטמה / בעיות נשימה: _____ כן / לא
האם את/ה נוטל/ת מדללי דם: _____ כן / לא
הרפס: _____ כן / לא
מחלות חום / דלקת כלשהיא / אנטיביוטיקה: _____ כן/ לא
אפילפסיה: _____ כן/ לא
בעיות אנדוקריניות / הורמונליות: _____ כן / לא
נטייה לדלקות עיניים: _____ כן / לא
רגישות לחומרי הזרקה / הרדמה אצל רופא שיניים: _____ כן / לא
נוטלת/ת תרופות לטיפול במחלה כרונית / עכשווית: _____ כן / לא
האם עברת ניתוח כלשהו ב6 חודשים האחרונים: _____ כן / לא
חוסר באנזים: G6PD _____ כן / לא
האם את/ה בהריון / מניקה: _____ כן / לא
האם עברת קילוף כימי (אם כן איזה): _____ כן / לא
האם את/ה כרגע שזוף/ה באזורים בהם יבוצע הטיפול: _____ כן / לא
נוטלת/ת תרופות פסיכיאטריות: _____ כן / לא
שימוש בקרמים המכילים חומצה / הבהרה: _____ כן / לא

הזרקת בוטוקס ב30 יום האחרונים: _____ כן / לא

שם מלא: _____ חתימה: _____
שם המטפל: _____ חתימה: _____