

## Συμφωνητικό για την αποτρίχωση με Laser

Κατανοώ ότι ο σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι να απαλλαγώ από την ανεπιθύμητη τριχοφυΐα. Ενημερώθηκα για την πιθανότητα ύπαρξης πόνου, πρηξίματος, ερυθρότητας, μωλώπων, φουσκαλών, υποχρωματισμών, υπερχρωματισμών που μπορεί να προκαλέσει η διαδικασία της αποτρίχωσης με Laser. Κατανοώ ότι μία μόνο συνεδρία δεν επαρκεί για την πλήρη εξαφάνιση της ανεπιθύμητης τριχοφυΐας στην περιοχή της θεραπείας, αλλά ότι απαιτούνται πολλές συνεδρίες. Η αντίδραση ποικίλει ανάλογα με τον τύπο του δέρματος, το χρώμα της τρίχας, το βαθμό μαυρίσματος, την επακόλουθη φροντίδα και την υπό θεραπεία περιοχή. Σε σπάνιες περιπτώσεις η θεραπεία μπορεί να μην είναι επιτυχής.

Κατανοώ ότι η θεραπεία μπορεί να είναι επώδυνη, αλλά συχνά ανεκτή χωρίς κάποιο παυσίπονο. Χρωματικές αλλαγές, όπως υπερχρωματισμός (καφέ/ κόκκινος αποχρωματισμός) ή υποχρωματισμός (λεύκανση του δέρματος), μπορεί να συμβούν στην υπό θεραπεία περιοχή πράγμα που μπορεί να χρειαστεί αρκετούς μήνες για να επανέλθει ή μπορεί να μην επανέλθει εντελώς και ποτέ.

Η **έκθεση στον ήλιο**, το **μαύρισμα** και το **solarium**, δεν ενδείκνυνται πριν ή κατά τη διάρκεια της θεραπείας γιατί μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν κάποιο πρόβλημα όπως έγκαυμα. Απαιτείται πάντα η χρήση αντηλιακού και γενικότερα η αποφυγή του ήλιου.

Ενημερώθηκα επίσης από το γιατρό/προσωπικό ότι το δέρμα μου κατά τη διάρκεια της αποτρίχωσης θα πρέπει να είναι εντελώς καθαρό, χωρίς επάλειψη κρεμών, body lotion ή αρωμάτων, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή παρενέργεια.

Συμφωνώ ότι είναι πιθανό να ληφθούν φωτογραφίες και βίντεο πριν και μετά την συνεδρία για να καταγραφεί η πρόοδος της θεραπείας μου. Κατανοώ ότι η ταυτότητα μου θα προστατεύεται και ότι τα προσωπικά μου στοιχεία και τα τηλεφώνά μου δεν θα προωθηθούν ποτέ σε τρίτα άτομα ή σε τρίτα μέρη. Μπορούν όμως να χρησιμοποιηθούν για την αποστολή μηνυμάτων ή κλήσεων προς εμένα και τυχόν υπενθύμιση ραντεβού ή γνωστοποίηση προσφορών.

Επιτρέπω στον γιατρό και σε όλο το προσωπικό του ιατρείου να πραγματοποιούν σε εμένα την αποτρίχωση με το Laser

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει το περιεχόμενο του παρόντος συμφωνητικού. Μου έχει δοθεί η ευκαιρία να ρωτήσω το γιατρό/προσωπικό οποιοσδήποτε απορίες έχω σχετικά με τη διαδικασία, και όλες μου οι ερωτήσεις έχουν απαντηθεί. Ο γιατρός/προσωπικό μου έχει εξηγήσει τη διαδικασία και τις εναλλακτικές, και κατανοώ και αποδέχομαι τους κινδύνους που περιλαμβάνει η διαδικασία.

Ενημερώθηκα και συναινώ ότι μπορούν τα στοιχεία μου πχ. το τηλέφωνο, email κτλ. Να χρησιμοποιηθούν από τους γιατρούς ή το προσωπικό του ιατρείου Derma Hair

Όνοματεπώνυμο:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Ημερομηνία:

Υπογραφή: