

Ügyfél neve .....

Dátum .....

Bőrtípus

Normál  Vegyes  Aknés  Száraz  Dehidratált

Bőr textúrája

Vékony  Közepes  Vastag  Nagyon vastag

Akne súlyossága

0  1  2  3  4

Pigmentáció

Gyulladás utáni  Melazma  Napártalom  Területi

Rosacea

nincs  orr  orcák  áll  homlok  arc

Megpattant hajszálerek

nincs  orr  orcák  áll  homlok  arc

Pikkelysömör

Igen  Nem

Ekcéma

Igen  Nem

Dermatitisz

Igen  Nem

Veleszületett érelváltozás

Igen  Nem

Keloidok

Igen  Nem

Lézer/ Kémiai peelek

Igen  Nem

Tetoválás

Igen  Nem

Megjegyzések .....

.....

.....

.....

### Szakember tölti ki

Kezelési szint:  1  2

Szolgáltatási díj: .....

Kezelés hossza: .....

Bőrápolási szakember: .....

Az első konzultációhoz képest volt változás az egészségügyi háttérben?  Igen  Nem

Ha igen, mi volt a változás: .....

.....

Előkészítő oldat: .....

Használt kémiai peel: .....

Felvitt rétegek száma: .....

Retinol?  Igen  Nem

Kezelés:  1  2  3  4  5  6

Kezelés utáni megfigyelések: .....

.....

Kezelés utáni termékek: .....

.....

Javaslatok: .....

.....

Termékek: .....

.....

DermaMinerals: .....

Egyéb megjegyzések: .....

.....

Ügyfél neve (olvasható) .....

Ügyfél aláírása ..... Dátum .....

Bőrápolási szakember ..... Dátum .....

*Igazolom, hogy a fenti információ pontos. Amennyiben változás lép fel, tájékoztatni fogom az engem kezelő szakembert.*

## A

Név .....  
Dátum .....  
Lakcím .....  
.....

## B életmód

Napi vízbevitel .....  
Dohányzik?  Igen  Nem Átl. hányat? (naponta) .....  
Kávézik?  Igen  Nem Átl. hányat? (naponta) .....

## C csak nőknek

	Igen	Nem
Terhes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szoptat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D egészség

*Kérjük igennel vagy nemmel válaszoljon kivéve, ha a kérdés típusa másként kéri.*

	Igen	Nem
<b>Allergiás bármire?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• AHA vagy BHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Glutén/Diófélék	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antibiotikumok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ételek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
• Illatok:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Hormonális zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Égés/bőrártulás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabétesz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepszia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vese probléma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övsömör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekcéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pikkelysömör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pajzsmirigy pr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Kérjük igennel vagy nemmel válaszoljon kivéve, ha a kérdés típusa másként kéri.*

	Igen	Nem
Ajakherpesz Rendszeres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keloid hegesedés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szív probléma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombózis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magas vérnyomás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E bőrápolás

Milyen a jelenlegi bőrápolási rutinja?

### Szokott végezni/használni:

	Igen	Nem
Arctisztítást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonizálást	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hámlasztás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maszkokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szérumokat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szemránckrém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hidratálót	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindennapi fényvédőt SPF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milyen problémái vannak a bőrével?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Mit szeretne elérni a kezeléssel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Elfogadja a 7-10 napos sebgyógyulási időt, ami járhat hámlással is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eloolvastam, értelmeztem és aláírással igazolom, hogy betartottam és betartom a „Javaslatok és ellenjavallatok a DermaQuest hámlasztó kezelésekhez” dokumentumot.

Ügyfél neve (olvasható) .....

Ügyfél aláírása ..... Dátum .....

Bőrápolási szakember ..... Dátum .....

*Igazolom, hogy a fenti információ pontos. Amennyiben változás*

*lép fel, tájékoztatni fogom az engem kezelő szakembert.*

**A Tiason Diagnosztikai Rendelőt üzemeltető cég, a Borsafa Kft.** (székhely: 9025, Győr, Fő utca 78, cégj. 08-09-023181) a rendelkezésére bocsátott személyes adatok (a továbbiakban: **személyes adatok**) kezelésével kapcsolatosan az alábbi tájékoztatást nyújtja:

**1. Az adatkezelés jogalapja** az Európa Parlament és Tanács 2016/679 sz. általános adatvédelmi rendeletének 6. cikk (1) bekezdés a) pontja szerint az Ön önkéntes hozzájárulása.

**2. Az adatokat** a Borsafa Kft. a személyes adatokat a kitöltők vizsgálatra jelentkezése közben **ismerte meg**. A személyes adatok kezelését és feldolgozását kizárólag a Borsafa Kft. végzi és nem továbbítja harmadik személyek részére. Az adatfelvételi ív aláírásával a fenti tájékoztatás tudomásulvételét

elismeri és kifejezetten hozzájárul ahhoz, hogy az önkéntesen rendelkezésre bocsátott valamennyi adatot – a személyes adatokat is beleértve – a Borsafa Kft. a vonatkozó jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően kezelje.

**3. Az érintett jogai:** Tájékoztatjuk, hogy a Borsafa Kft-nél kérelmezheti

- tájékoztatását személyes adatai kezeléséről
- személyes adatainak helyesbítését
- személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását
- tiltkozhat személyes adatainak kezelése ellen
- bírósághoz fordulhat jogainak megsértése esetén

Ügyfél által kitöltendő

# Beleegyező nyilatkozat hámlasztó kezelés elvégzéséhez

**TIASON**  
DIAGNOSZTIKA 

Alulírott, (név) .....

felhatalmazom (orvos, kozmetikus neve) .....

(szalon neve) .....

hogyan elvégezzem az alábbi hámlasztó kezelést.

	Igen	Nem	Igen	Nem
<b>1. szint – klasszikus kezelés:</b>			<b>2. szint – Hámlasztás:</b>	
Feszítő enzim kezelési maszk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tejsavas	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intenzív peptides	<input type="checkbox"/>
			MangoBrite	<input type="checkbox"/>
			Glikolsavas 1. vagy 2. szint	<input type="checkbox"/>
			Elsődleges vagy Intenzív sütőtökös	<input type="checkbox"/>
			Szalícilsavas	<input type="checkbox"/>

## Kézjeggyel jelezze, amennyiben egyetért az alábbi kijelentésekkel

1. Elfogadom, hogy semmilyen garancia nincs a kezelés végeredményét illetően. Bár lehetetlen minden potenciális kockázat és komplikáció felsorolása, tájékoztattam az alábbi lehetséges (ám nem kizárólagos) veszélyekről és komplikációkról:

- Égető, viszkető érzés, irritáció
- Bőrpír, duzzanat
- A kezelt bőrfelületnek és környékének a feszülése, hámlása és sebesedése
- Szél, nap vagy egyéb környezeti tényezőkre való érzékenység
- Sötét pigmentáció

2. Bármilyen potenciális kockázat vagy komplikáció fellépése esetén a kezelést abba kell hagyni. Ilyen esetben alternatív javaslatot kap a páciens. Munkaképtelenség fellépése rendkívül ritka. A kezelés közben illetve utána fellépő komplikáció esetén felhatalmazom a kezelő kozmetikusomat vagy orvosomat, hogy végezze el az esetleges szükséges kezeléseket.

3. Tájékoztatni fogom a kozmetikusomat vagy orvosomat, amennyiben bármilyen új gyógyszer vagy termék szedését megkezdem a kezelés folyamán. Lehetőséget kaptam kérdések feltevésére, illetve a kérdéseimet kielégítő módon megválaszolták.

4. Elmúltam 18 éves.

5. Amennyiben a páciens még nem múlt el 18 éves, úgy minden aláírását, beleegyezését a kiskorú törvényes képviselőjének (szülő, törvényes képviselő vagy gyám) az aláírásával és beleegyezésével kell megerősíteni. Ez az összes dokumentumra és tájékoztatóra érvényes.

6. Tisztában vagyok a potenciális kockázatokkal és komplikációkkal, alapos megfontolás után és az ismert, illetve ismeretlen kockázati tényezők, komplikációk, korlátozások és alternatívák figyelembe vételével vállalom a kezelést.

## Beleegyezés a kezelés utáni instrukciók elfogadásába

Hámlasztás vagy kémiai peeling után használni fogom az előírt otthoni termékeket és követni fogom az utasításokat, többek között a fényvédő krém mindennapos használatát.

A gyógyulási periódus megkezdésével védeni fogom bőrömet a naptól és a hőtől.

Amíg az engem kezelő szakember másként nem javasolja, folytatni fogom az itt leírt otthoni bőrápolási rutint

Ügyfél neve (olvasható) .....

Ügyfél aláírása ..... Dátum .....

Bőrápolási szakember ..... Dátum .....

Igazolom, hogy a fenti információ pontos. Amennyiben változás lép fel, tájékoztatni fogom az engem kezelő szakembert.