

Терапия за мускулен тонус, корекция на фигурата и подобряване състоянието на кожата

Ограничение на отговорността | Информирано съгласие

След като получих подробно обяснение за терапията с апарата **Wonder®**, което включва противопоказания, характеристики на терапията, очаквани резултати и нежелани ефекти, давам съгласието си за провеждане на такава терапия.

Знам и съм съгласен(а), че всички процедури, свързани с терапията, се извършват от лицето, което отговаря за това. Това лице е специалист, преминал съответното обучение, който внимателно ще контролира терапията.

Декларирам, че при мен не са изпълнени нито един от изключващите критерии или противопоказания като бременност, наличие на вътрешни електронни устройства, епилепсия, протези, сериозни здравословни проблеми, независимо дали бъбречни, костни, сърдечни или чернодробни (пълен списък е публикуван по-долу). Знам, че в случай на съмнение трябва да информирам лицето, отговорно за терапията.

Обяснено ми е, че в дните след тренировка може да чувствам болки в мускулите, и че в определени части на тялото може да има леко зачервяване след терапията.

Наясно съм с факта, че не трябва да се подлагам на терапия веднага след хранене, и че по време на терапията трябва да поддържам здравословни хранителни навици, като консумация на много вода и избягване консумацията на алкохол, наситени мазнини (мазни или преработени месни продукти и промишлено произведени сладкиши), захар и сол.

Да	Не	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Бременност или кърмене
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Бактериално или вирусно заболяване, грипозно състояние, неразположение или болка
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Проблем с костите, след остра травма или фрактура
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Сърдечносъдово заболяване, сърдечна недостатъчност или пейсмейкър
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Сърдечен дефибрилатор или други имплантирани метални или електронни устройства
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Кожно заболяване, дерматит, възпаление, раздразнение и др.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Наличие на открити рани, изгаряния, кръвонасядания, язви или сериозно увреждане в областта на контакт с електродите
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Наскоро проведени хирургични интервенции (последните 4 седмици)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Критична исхемия на долните крайници
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Коремна или ингвинална херния
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Сериозни проблеми с артериалното кръвообращение на долните крайници
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Проблеми с чувствителността или невъзможност за изразяване
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Напреднала атеросклероза или нарушения на артериалното кръвообращение
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Кървене, тежка хемофилия
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Фебрилитет, остри бактериални или вирусни процеси
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Кожно увреждане, алергия или друго кожно раздразнение, придружено от сърбеж и обриви по кожата
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Сериозно неврологично заболяване като множествена склероза, амиотрофична латерална склероза, спастична спинална парализа, болест на Паркинсон, епилепсия и парализа
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Туберкулоза
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Онкологично заболяване (включително раково образувание) със злокачествени тумори и риск от метастази
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Метални или синтетични импланти в областта, където ще се прилага терапия

Тромбоза
Имам навършени 18 години

Декларирам, че лично аз съм поискал(а) да ми бъде приложена терапията, а не лицето, което отговаря за терапията, ме е убедило в това.

Декларирам, че имам/нямам следните противопоказания, напълно изключващи ивършването на терапия с Wonder®:

Лазерно-естетичен център „Ирида“ не носи отговорност за последващи странични ефекти, нежелание реакции и заболявания в случай, че клиента е предоставил неверни данни или не е информирал надлежно за минали и настоящи заболявания, както и прием на лекарства в момента и за последните 6 месеца.

Информиран/а съм, че ПРИ НЕЯВЯВАНЕ ЗА ЗАПАЗЕН ЧАС ПОВЕЧЕ ОТ ДВА ПЪТИ, без клиента да е направил отмяна на часа или да е презаписал часа за друг ден и/или час, лазерно-естетичен център „Ирида“ **ЩЕ СЧИТА ПРОЦЕДУРАТА ЗА ИЗПОЛЗВАНА**. Също така:

- Процедури, пакети и/или услуги НЕ могат да се преотстъпват на други лица.
- Пакетните процедури се използват САМО от клиента, за когото са предназначени и НЕ могат да се споделят с други клиенти.
- Суми по вече закупени процедури и/или пакети НЕ могат да се използват/прехвърлят за други зони, процедури, пакети и/или услуги. Веднъж закупен пакет НЕ може да бъде променян/заместван с други зони, процедури, пакети и/или услуги.
- Сумите по предварително закупени процедури, пакети и/или услуги НЕ СЕ възстановяват при настъпване на временна невъзможност на клиента да ги използва (например бременност и кърмене). В този случай предварително закупените процедури, пакети и/или услуги се запазват и могат да се използват на по-късен етап, когато клиента има възможност да ги използва.

Давам съгласието си / Не давам съгласието си да ми бъдат направени снимки преди, по време и след процедурата, както и тези снимки да бъдат използвани за моето досие, проследяване на резултатите от процедурата, както и медицински цели, проучвания, професионални публикации или за търговски цели. **Снимки или цифрови изображения, които разкриват моята самоличност, няма да бъдат използвани без моето писмено съгласие.** Ако моята самоличност не е разкрита, моите снимки и цифрови изображения могат да бъдат използвани и споделяни публично без мое разрешение.

Инструкциите бяха обсъдени с мен преди и след процедурата. Процедурата, потенциалните ползи и рискове, както и алтернативните възможности за третиране ми бяха задоволително обяснени. Прочетох и разбрах цялата информация, предоставена ми преди да дам съгласието си и да разреша пристъпването към процедурата. Получих отговори на всичките си въпроси. Свободно давам съгласието си за извършването на процедурата днес, както и за бъдещи процедури.

Служител, предоставил информацията:.....

Име на клиента:

Телефонен номер: email (или ЕГН):

Дата:

Подпис:

Гр. София