

DOTTORE _____
COGNOME _____ NOME _____
INDIRIZZO _____
TELEFONO _____ E-MAIL _____

MODULO DI DICHIRAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO CON JUVELOOK & LENISNA

Si prega di leggere e compilare il presente modulo di consenso, assicurandosi di aver ben compreso tutte le informazioni in esso contenute e di accettare e comprendere il programma di trattamento.

DOCUMENTO CONSEGNATO A:

COGNOME: NOME:

DATA DI NASCITA: / / INDIRIZZO:

TELEFONO: E-MAIL:

Sono stato/a informato/a che:

Il trattamento è finalizzato al riempimento delle depressioni cutanee, con l'obiettivo di ripristinare e migliorare il volume dei tessuti molli. Comprendo che i risultati possono variare da persona a persona e che è importante effettuare controlli individuali tra una seduta e l'altra. Il trattamento viene eseguito mediante una serie di iniezioni.

Mi sono state illustrate le modalità d'uso, le indicazioni, le controindicazioni e i possibili effetti indesiderati del trattamento con JUVELOOK & LENISNA. Ho risposto in modo veritiero a tutte le domande contenute nel questionario medico, relativamente ai miei precedenti sanitari e trattamenti estetici. Ho dichiarato eventuali allergie note o potenziali controindicazioni. Ho avuto la possibilità di porre tutte le domande che ritenevo opportune e ho ricevuto risposte esaustive. Il mio medico, mi ha fornito informazioni

dettagliate in merito alle possibili complicanze, agli effetti collaterali e alle indicazioni per la gestione pre e post trattamento.

Io, sottoscritto/a, dichiaro di essere consapevole che possono verificarsi effetti collaterali quali:

- Dopo il trattamento possono comparire arrossamento o lieve infiammazione locale, che generalmente si risolvono spontaneamente nel giro di pochi giorni.
- È possibile la comparsa di un lieve edema e di piccole ecchimosi, che tendono a scomparire entro 48 ore.
- Può verificarsi un sanguinamento minimo nel punto di iniezione/puntura, che si arresta rapidamente e spontaneamente dopo la somministrazione.
- È possibile avvertire dolore transitorio nel punto di iniezione.

Tali reazioni possono persistere fino a una settimana. Qualsiasi reazione che si protragga oltre tale periodo, o la comparsa tardiva di altri effetti indesiderati, deve essere tempestivamente segnalata al proprio medico curante o al professionista che ha eseguito il trattamento.

Io, sottoscritto/a, dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso pienamente le informazioni ricevute in merito a questo trattamento a finalità estetica. Autorizzo espressamente e senza alcuna riserva il professionista a eseguire il trattamento, dopo aver avuto il tempo necessario per riflettere. Dichiaro di aver letto e compreso le istruzioni relative alla gestione pre e post trattamento e acconsento a seguire la procedura.

PAZIENTE

Nome in stampatello:

.....

Firma (preceduta dalla menzione "letto, capito e approvato")

Data: / /

MEDICO

Nome in stampatello:

.....

Firma del Dottore

Data: / /

Il sottoscritto acquisite le informazioni fornite dal medico, Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del GDPR, con separata informativa, presta altresì il suo consenso al trattamento dei propri dati particolari, per finalità di trattamento di medicina estetica.

☐ SÌ ☐ NO trattamento dati particolari per finalità di medicina estetica

Nome e Cognome _____

Data _____

Firma del paziente _____