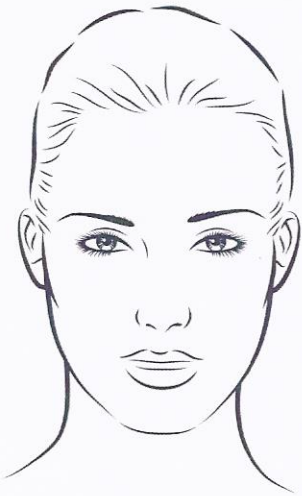


Princess[®]

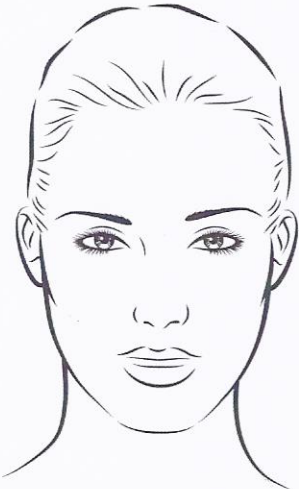
JOURNAL

Namn	Födelsedatum
Adress	
E-post	
Tfn	
Tidigare behandlingar	

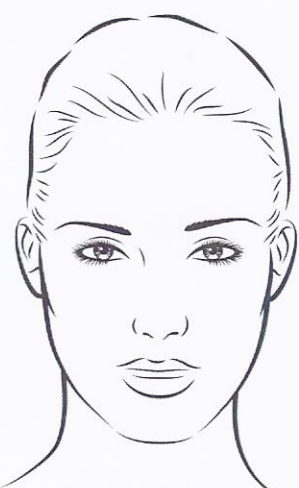
Klinik/terapeut	Behandlingsdatum
Typ av bedövning	

	Behandlingsområde	Produkt	ml	Etikett
Foto		Datum		Besök 1
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>				

Anteckningar

	Behandlingsområde	Produkt	ml	Etikett
Foto Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum		Besök 2

Anteckningar

	Behandlingsområde	Produkt	ml	Etikett
Foto Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Datum		Besök 3

Anteckningar



Patientmedgivande för estetisk behandling med PRINCESS® produkter

Namn (textat): _____ Födelsedatum: _____
Adress: _____
Telefon: _____
Namn behandlare: _____

Patientens medicinska historia

Har du genomgått någon allvarlig operation eller tandutdragning under de senaste 6 månaderna?

Ja Nej Om ja, var god specificera:

Har du några allergier? Ja Nej Om ja, var god specificera:

Herpes? Ja Nej Om ja, var god specificera aktiv eller återkommande:

Aktiv acne? Ja Nej Aktiv hudsjukdom? Ja Nej Diabetes? Ja Nej Systemiska sjukdomar? Ja Nej
Om ja, var god specificera:

Är du gravid? Ja Nej Ammar du? Ja Nej Är du allergisk mot bedövningsmedel? Ja Nej

Tar du för närvarande något av följande läkemedel:

Antibiotika, systemiskt kortison, icke-steroida antiinflammatoriska eller smärtstillande läkemedel (NSAID) regelbundet, antikoagulationsbehandling och/eller annat läkemedel? Om ja, var god specificera vilket och varför:

Har du någon gång blivit injicerad med ett permanent eller resorberbart filler-implantat? Ja Nej
Om ja, var god specificera vilken produkt:

Har du haft någon reaktion eller biverkning i samband med denna behandling? Ja Nej Om ja, var god specificera:

Jag godkänner att bli behandlad med Princess® fillers från CROMA. Avsikten med behandlingen är att korrigera rynkor, veck och kindkonturer samt att öka läppvolym. Jag har blivit informerad om att behandlingen innebär att gel som innehåller hög koncentration av hyaluronsyra kommer att injiceras. Detaljerna kring injektionsbehandlingen har förklarats för mig på ett klart och tydligt sätt. Jag har blivit informerad om de fördelar och eventuella biverkningar som kan uppkomma vid användning av hyaluronsyrafillers. **Jag försäkrar att alla de uppgifter jag har lämnat ovan är riktiga och att jag inte undanhållit någon information om mitt tidigare eller nuvarande sjukdomstillstånd.** Jag kommer att följa de instruktioner som CROMAs specialister framtagit för att minimera risker under och efter behandlingen. Jag förstår den information som har tillhandahållits och anser att den är tillräcklig för att ge mitt godkännande till behandling med Princess® fillers.

Ort: _____ den ____ / ____ 2011

_____ Patientens underskrift

_____ Namnförtydligande