



ДЕКЛАРАЦИЯ

за информирано съгласие за провеждане на процедура с VelaShape

Мощната **радиочестота** в новият **Velashape** в съчетание с инфрачервена светлина, водят до екстремна активация на метаболизма на мастните клетки и в следствие до тяхното **стопяване**. Вакуумът, който се създава, спомага за третиране на определен кожен участък и за по-дълбокото навлизане на биполарната **радиочестота** и инфрачервената светлина. Разградените **мазнини** се отделят от организма чрез лимфния и кръвния ток, а резултата за ползотворното влияние е видим още след първата процедура - кожата става изключително **гладка, еластична без неравности и целулит**. След 3-4 процедури обиколките се намаляват с 4-8 см, а на бедрата с около 2 см.

Velashape има сертификат от FDA (Американската асоциация за контрол на храни и лекарства) за ефективно намаляване на обиколката и **изглаждане на целулита**. Здравословният начин на живот (хранене и физически упражнения) може да помогне за постигане на по-добри резултати. Напълняването може да повлияе отрицателно върху резултатите. Не трябва да има прегряване след процедурите (напр. джакузи, сауна и т.н.) Препоръчително е да се пие вода минимум по 2 л. вода на ден.

Долуподписаната/ият

Г-жа/г-н*, наричан **“пациент”**

/*зачертайте ненужното/

Терапевтът е дал подробна информация на пациента по въпроса дали тя/той са подходящи кандидати за процедура с **Velashape**, както и за очакваните резултати. Подробностите на терапията са обяснени с достъпни и разбираеми термини. Обсъдени са предимствата и възможните недостатъци, свързани с тази терапия.

Пациентът е запознат с процедурата, както и с последващите грижи. Терапевтът е обяснил техниката, използвана при **Velashape**. Пациентът приема да следва дадените инструкции.

Терапевтът е информирал пациента за възможните рискове и дискомфорт, за възможните **странични ефекти**, а именно:

- Временно зачервяване (еритем) и лек едем
- Синини, обикновено бързо преминаващи
- Изгаряне 1^{-ва} степен (в изключително редки случаи)

Пациентът декларира, че е запознат с всички **противопоказания** на терапията:

- Пейсмейкър или вътрешен дефибрилатор.
- Повърхностен метал или други импланти в областта, където ще се прилага терапията.
- Рак на кожата или анамнеза за рак на кожата или всякакъв друг вид рак в момента
- Тежки съпътстващи заболявания като например сърдечни заболявания.
- Бременност и кърмене, както и 4-5 месеца след нормално раждане или най-малко 6 месеца след цезарово сечение или до възстановяване на нормалния хормонален баланс.

- Увредена имунна система поради имunosупресивни заболявания като СПИН и ХИВ или употреба на имunosупресивни медикаменти. *
- Херпес
- Неконтролирани ендокринни нарушения като например диабет.
- Всяко активно състояние в областта на терапията като възпаления, псориазис, екзема и обрив.
- Анамнеза за кожни заболявания, келоиди, ненормално зарастване на рани, както и много суха и слаба кожа.
- Анамнеза за коагулопатии с кръвене или употреба на антикоагуланти.
- Всяка хирургична процедура в третираната зона в рамките на последните 3 месеца или преди пълното заздравяване.
- Терапия над татуировка или постоянен грим.
- Област с разширени вени.

Пациентът декларира, че трябва да информира терапевта за:

- прием на медикаменти
- алергии
- настъпила бременност
- болести

Пациентът декларира, че е запознат и ще следва стриктно **инструкциите на процедурата**.

Пациентът се съгласява да бъдат направени снимки преди и след процедура за преценка на резултата.

Терапевтът ще води лично досие на пациента, в което ще се съдържа цялата информация относно провеждането на процедурата/те.

Пациентът декларира, че е предоставил възможно най-пълна и достоверна информация за здравословното си състояние. Пациентът има право да задава въпроси и да получи задоволителни отговори.

С това, **пациентът** дава разрешение на терапевта да извърши процедурата.

Пациентът е разбрал правилно информацията за процедура с *Vellashape*, както и съветите за последващи грижи.

Пациентът и **Терапевтът** заедно прочетоха и подписаха тази **декларация за съгласие**:

Място:

Дата:

Подпис **терапевт**:

Подпис **пациент**:

Карта на пациента



• Третирана зона.....

• Брой третирани зони: 1 2 3 4 5 6

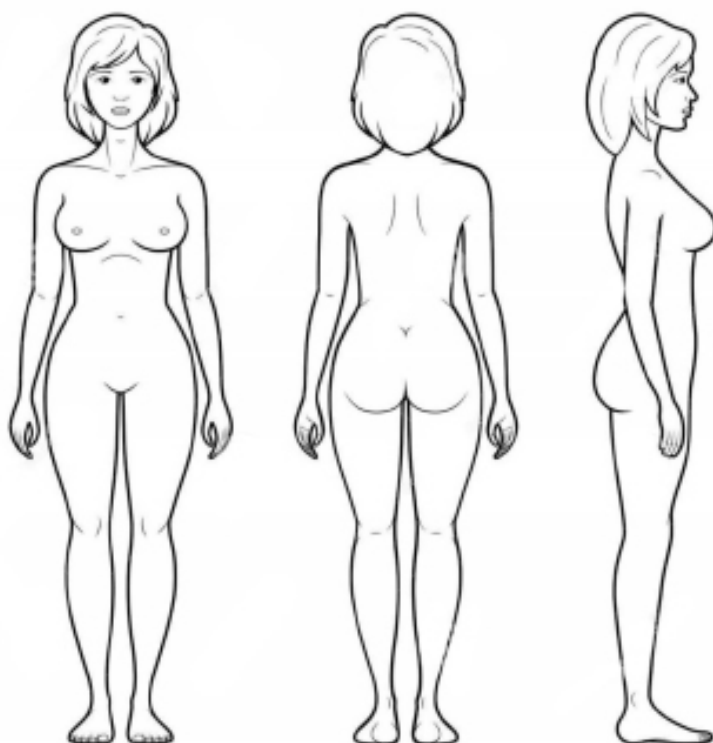
• Брой процедури:

1. Дата:

2. Дата:

3. Дата:

4. Дата:



Консултация

VelaShape® III



Име и фамилия:

Email:

Телефон:

1. От колко време желаете да коригирате фигурата си?

- 1) От по-малко от година
- 2) От повече от година
- 3) От 3 до 5 години
- 4) Над 5 години

2. Опитвали ли сте да подобрите фигурата и да намалите теглото си чрез други средства и какъв е бил резултатът?

- 1) Не
- 2) Да, но нямаше резултат
- 3) Да, имаше много слаб резултат
- 4) Да, имаше частичен резултат
- 5) Да, имаше много добър резултат

3. В коя зона натрупвате мазнини основно?

- 1) В областта на корема
- 2) В областта на задни части и бедра
- 3) В областта на бедрата и коленете
- 4) Навсякъде

4. Спазвали ли сте диети ?

- 1) Да
- 2) Не

Ако да, какви ?

5. Спортувате ли?

- 1) Да
- 2) Не

6. Колко пъти на ден се храните?

- 1) Веднъж
- 2) Два пъти
- 3) Три пъти
- 4) Четири пъти
- 5) Пет пъти



7. Консумирате ли много сладки неща?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Понякога

8. Консумирате ли газирани напитки?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Понякога

9. Консумирате ли тестени изделия (банички, кифли, пици, кроасани и т.н.)?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Понякога

10. Страгате ли от разширени вени?

- 1) Да
- 2) Не

11. Лесно ли получавате синини по кожата?

- 1) Да
- 2) Не

12. Имате ли целулит?

- 1) Да
- 2) Не

13. Ако да, то тогава каква е степента на целулита при вас?

- 1) Лек
- 2) Видимо изразен
- 3) Тежък твърд целулит с портокалова кожа

14. Ако имате целулит, прилагали ли сте някакъв метод за намаляването му?

- 1) Да
- 2) Не

Ако да, какъв?

15. Страгате ли от кожни заболявания с бактериален и вирусен произход?

- 1) Да
- 2) Не

Ако да, какви?

16. Имате ли проблеми с ендокринната система (хормонални нарушения)?

- 1) Да
- 2) Не

Ако да, какви?