



# Body Aesthetics

Confidence changes everything!

## Декларация за информирано съгласие за провеждане на терапия с Hydrafacial MD

### Същност на процедурата:

HydraFacial MD е терапия за лице, разработена от американската компания Edge System за ползване в козметичната и медицинската сфера. HydraFacial MD е единствената хидратираща процедура, която комбинира едновременно почистване, екфолиране, екстракция, хидратиране и антиоксидантна защита. Резултатът от процедурата е по-сияйна, красива и хидратирана кожа. Терапията се състои от 5 стъпки, като 3 от тях са задължителни, а другите 2 се използват в зависимост от нуждите на кожата. Освен дълбоко почистващ и подмладяващ ефект, HydraFacial MD помага при мазна Т-зона, разширени пори, акне, розацея, петна и слънчеви изгаряния. Апаратът Hydrafacial MD работи с патентована Вортекс технология, която представлява завихряне на специални серуми с въздух с помощта на вакуум, за да почисти порите, да хидратира кожата и да я насити с антиоксиданти и 10 вида билкови съставки. Терапията е носител на редица награди: 4-ри поредни пъти печели приза на LNE and Spa за „Най-добър апарат за лице“ и "Най-добър антиоксидант", наградена е на международния дерматологичен конгрес за „Нова неинванзивна процедура със забележителен, видим резултат“, получава и признание за „Иновативна технология за подмладяване на кожата“.

### Противопоказания за извършване на процедурата:

- Лечение с Роакутан или подобни медикаменти (ретиноиди, вит. А) през последните 6 месеца
- Използване на козметика с киселини
- Автоимунни заболявания, ХИВ, Лупус, Хепатит, Склеродерма
- Активна инфекция в третираната зона
- Меланома или лезии, подозрителни за злокачественост
- Активен тен
- Епилепсия (не се ползват LED лампи)
- Бременност и кърмене (не се ползва пилинг)
- Лечение с Витамин С

### Възможни реакции, дискомфорт или странични ефекти по време на процедурата:

- Усещане за лек до средно силен вакуум
- По-чувствителни капилляри е възможно временно да бъдат по-изразени
- Щипкане и парене
- Индивидуални реакции на организма

### Грижа след процедурата:

- След процедура НЕ отмивайте серумите от лицето поне до вечерта, за да действат
- След процедура НЕ нанасяйте в същия ден грим, за да избегнете възпаление и алергична реакция
- Използвайте ежедневно слънцезащита с фактор 50
- Не се излагайте на интензивно слънце преди и след процедурата
- Не тренирайте в деня след процедурата, за да предпазите кожата от замърсяване
- Избягвайте места със замърсен въздух
- Ако сте пушач - по възможност поне 2 часа след процедурата не пушете
- Моля, подменете калъфката на възглавницата си преди лягане

### Възможни реакции, дискомфорт или странични ефекти след процедурата:

- Временно зачервяване за около 30 мин до няколко часа след процедурата, в зависимост от чувствителността на кожата
- Временно раздразнение, което отшумява от няколко часа до 72 часа след процедурата, в зависимост от чувствителността на кожата
- Възможно е да се появят пъпки там, където е имало по-дълбоки пори, съдържанието които не е излязло по време на екстракцията, защото терапията Hydrafacial стимулира кожата да се самопочиства
- Индивидуална реакция към някоя от съставките

**Моля попълнете следната информация вярно, ако отговорите с „Да“ на някои от въпросите НЕ означава, че процедурата е противопоказна:**

- Активно акне или зачервяване в момента \_\_\_\_\_  Да  Не
- Отворени лезии или язви в момента \_\_\_\_\_  Да  Не
- Активни инфекции в третираната зона \_\_\_\_\_  Да  Не
- Активно зачервяване от слънцето или изгаряне (последно активно излагане на слънце ..... ) \_\_\_\_\_  Да  Не
- Анамнеза за кожни заболявания като екзема, дерматити, обриви \_\_\_\_\_  Да  Не
- Автоимунни заболявания като Лупус \_\_\_\_\_  Да  Не
- Заразни инфекции като хепатити или ХИВ \_\_\_\_\_  Да  Не
- Антикоагулационни терапии \_\_\_\_\_  Да  Не
- Меланом или лезии със съмнение за меланом \_\_\_\_\_  Да  Не
- Бременност \_\_\_\_\_  Да  Не
- Кърмене \_\_\_\_\_  Да  Не
- Неврологични заболявания като Епилепсия (LED светлини) \_\_\_\_\_  Да  Не
- Инфекции на уринарните пътища – бъбреци, пикочен мехур, уретра (лимфен дренаж) \_\_\_\_\_  Да  Не
- Заболяване на Крон (лимфен дренаж) \_\_\_\_\_  Да  Не
- Базедова болест (лимфен дренаж) \_\_\_\_\_  Да  Не
- Дълбока венозна тромбоза (лимфен дренаж) \_\_\_\_\_  Да  Не
- Хроничен лимфедем (лимфен дренаж) \_\_\_\_\_  Да  Не
- Роаскутане или други медикаменти/локални антибиотици \_\_\_\_\_  Да  Не
- Поставен ми е наскоро ботокс /7-10 дни/, филъри /10-14 дни/ или е правен пилинг /30 дни/ \_\_\_\_\_  Да  Не
- Провеждана е лазерна процедура в скоро време в зоната на лице \_\_\_\_\_  Да  Не
- Има келоиди и белези в третираната зона или има много тънка кожа \_\_\_\_\_  Да  Не
- Имам анамнеза за Розацея, Телеангиектазия \_\_\_\_\_  Да  Не
- Използвам следните медикаменти и козметика \_\_\_\_\_  Да  Не
- Имам следните известни за мен алергии: . \_\_\_\_\_  Да  Не
- Други заболявания или притеснения: \_\_\_\_\_  Да  Не

**Клиентът декларира, че ще информира терапевта при:** Настъпило заболяване по време на курса от процедури, алергични реакции по време на курса от процедури, настъпила бременност по време на курса от процедури, за други направени скоро или предстоящи скоро процедури

**Клиентът декларира, че:**

- е прочел и разбрал предоставената информация за процедурата, както и съветите за последващи грижи
- разбира предупрежденията и възможните странични ефекти
- не страда от заболяванията, които са указани като противопоказни за терапията
- позволява терапевтът да води личното му досие с информация за провеждането на процедурата
- могат да бъдат направени снимки преди терапията за преценка на резултата
- че е предоставил възможно най-пълна и достоверна информация за здравословното си състояние и ще уведоми Лазерен център Body Aesthetics, ако настъпи промяна в описаните в Декларацията обстоятелства.
- клиентът разбира степента на индивидуална реакция на организма към процедурата
- клиентът е съгласен, че резултатите, които се постигат с процедурата, са индивидуални и зависят пряко от реакцията на неговия организъм, както и от начин на живот, хранене и физическа активност

Клиентът декларира, че му е била предоставена възможност да задава въпроси и да получи изчерпателни отговори. С това клиентът дава разрешение на терапевта да извърши процедурата.

Клиент /имена, ЕГН, телефон, имейл и подпис/:

Терапевт /имена и подпис/:

Дата:

**Лазерен център Body Aesthetics и терапевтът, извършил процедурата, не носят отговорност в случай, че клиентът не спазва посочените инструкции и не уведоми терапевта за това.**