**Konsultationskort för LaseMD behandling**

*LaseMD behandling är en kombination av en skonsam laserbehandling (icke ablativ Thiliumlaser) och speciellt designade ampuller med effektiva och aktiva ingredienserna för att stimulera hudföryngring*

Jag, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ med personnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, förstår att LASEMD behandlingen är avsedd att förbättra min hudkvalité, hudstruktur, hudton samt behandla en rad hudproblem så som pigmenteringar, rynkor, ärr.

Jag förstår att LASEMD behandlingssystem har mångåriga studier samt kliniska forskningar bakom sig som utförts på olika hudtyper, tillstånd och konditioner. Jag är medveten om att resultaten kan variera beroende på min egen hudtyp, levnadsvanor och min hudkvalité. Jag är medveten om att min livsstil som inkluderar rökning, exponering av föroreningar, solning, stress, överdriven alkoholkonsumtion och vissa mediciner kommer att påverka och minska effektiviteten och resultaten av LASEMD behandlingen. Jag förstår att ingen garanti har givits till mig med avseende på procentuell förbättring av mitt hudtillstånd och att just för mig rekommenderas att genomgå minst ­­­\_\_\_\_ behandlingar för att uppnå önskat resultat.

Jag har blivit erbjuden en lokalbedövning för att minska den måttligt obehagliga känslan som kan upplevas under behandlingen. Jag har förstått att denna milt brännande känsla liknar en solbränna och kan vara i upp till 24 timmar efter behandling.

Jag är medveten om att jag kan uppleva möjliga kortvariga effekter som rodnad, svullnad, en milt svidande och/eller en stramande känsla, ev. flagning under dagarna efter behandlingen. Jag förstår att det finns en möjlighet till sällsynta biverkningar så som herpes utbrott, blås- eller ärrbildning, hyperpigmenteringar. Om jag upplever en reaktion på denna behandling så vet jag om att jag behöver kontakta min behandlande terapeut direkt om hjälp. Om jag har några frågor angående behandlingen eller eftervården så ska jag kontakta min behandlare för rådgivning.

KONTRAINDIKATIONER

\_\_\_\_\_\_Epilepsi

\_\_\_\_\_\_\_Hudcancer eller andra maligna hudförändringar

\_\_\_\_\_\_Botox/fillers på behandlade området senaste 2 veckor

\_\_\_\_\_\_Tendens att få keloider

\_\_\_\_\_\_Överkänslighet mot bedövningsmedel

\_\_\_\_\_\_Solbränna, brun utan sol eller kerotenpreparat senaste 2 v

\_\_\_\_\_\_ En extremt reaktiv eller känslig hud

\_\_\_\_\_\_ Gravid eller ammande

\_\_\_\_\_\_ Antibiotika (topisk eller invärtes)

\_\_\_\_\_\_ Roaccutan eller isotretinoin senast 12 månaderna

\_\_\_\_\_\_ Laseroperation i det behandlade området senaste 12 veckorna

\_\_\_\_\_\_ Retinoler senaste 1 veckorna (receptbelagd 6-8 veckor)

\_\_\_\_\_\_ Skadad eller sårig hud i det behandlande området

\_\_\_\_\_\_ Synlig inflammation

\_\_\_\_\_\_ Herpesvirus i ansiktet

\_\_\_\_\_\_ Laser/ IPL hårborttagning senaste 3 veckorna

\_\_\_\_\_\_ Pågående strålbehandling

\_\_\_\_\_\_ Diabetes

Jag har förstått kontraindikationerna och intygar att jag inte har några av dessa. Jag har fått information kring hemmavård före behandlingen och instruktionerna efter behandlingen och jag kommer att följa rekommendationerna som jag har fått för att skydda min hud.

Jag godkänner att terapeuten tar före och efter bilder för att ha som dokumentation av mina behandlingar.

Jag bekräftar att jag har läst och förstår de ovanstående punkterna, att så vitt jag vet, inte uteslutit någon information som kan vara relevant för min behandling samt att jag har haft tillräckligt med möjlighet att diskutera frågor och funderingar.

Kundens underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behandlare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_