

FREEZPEN — Patientmedgivande

Klinik/Salong: _____

Klientens namn: _____

Adress: _____

Email: _____ Mobil: _____

Till klienten:

*Det är av stor vikt att de hudförändringar som du önskar att din behandlare skall ta bort är **benigna (godartade)** och godkända för kryobehandling av en hudläkare.*

Risker och sidoeffekter:

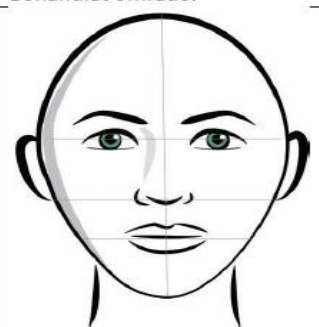
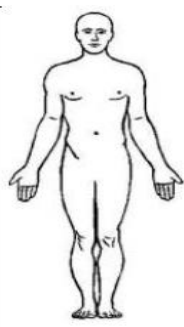
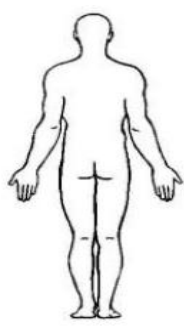
Freezpen™ kryoterapi är en snabb och smärtfri lågriskbehandling, men följande sidoeffekter kan uppstå:

- Pigmentförändringar (både hypo- och hyperpigmentering)
- Nervskada (mycket sällsynt, tex fingrar)
- Hårsäcksskada (hudområden med terminalhår)

Kontraindikationer:

- Nedsatt känsel
- Dålig cirkulation
- Öppna sår
- Hudcancer
- Hypersensitivitet mot kyla
- Gravida eller ammande
- Keloida ärr

Jag godkänner härmed behandling med kryoterapi för att avlägsna olika hudåkommor. Jag är medveten om att flera än en behandling kan behövas, beroende på hudförändringens karaktär och storlek.

Behandlat område:		Noteringar: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
		
		

Klients signatur: _____ Ort och datum: _____

Behandlare: _____ Ort och datum: _____