



בס"ד

תאריך: _____:

טופס הסכמה – החזר כספי על טיפול

פרטי המטופל/ת:

שם מלא: _____ ת.ז: _____ טלפון: _____

תנאי ההסכמה:

אני, החתומה/ה מטה, מאשר/ת כי קיבלתי הסבר מלא על תהליך הטיפול, משך הזמן הצפוי, ותוכנית העבודה שהותאמה עבורי.

הובהר לי כי במידה ואשלים 10 טיפולים בהתאם לתוכנית שנקבעה מראש (כולל עמידה בזמנים והנחיות טיפול), ובתום סדרת הטיפולים לא תושג כל תוצאה נראית לעין, אהיה זכאית להחזר כספי בהתאם למדיניות המקום.

יובהר כי ההחזר מותנה בכך שכל הטיפולים בוצעו כסדרם, במועדים שנקבעו, וללא הפרה מצד המטופל/ת.

(כמו כן נשים אחרי לידה מניקות ונוער מתבגר יתכנו שינויים הורמונליים שלא קשורים לטיפול),

חתימות:



מטופל/ת _____ מטפלת

טופס הסכמה לקבלת טיפול במכשיר קרן אור 100% לייזר ("המכשיר") – תקנון קליניקה

אני מצהירה ומאשר/ת בזאת כי:

1. ביטאתי את בקשותיי וציפיותיי בקשר עם הסרת שיער, וקיבלתי הסבר מפורט על:

תהליך ואופי הטיפול

אופן הביצוע

תוצאות צפויות

סיכונים, תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים

2. ידוע לי כי הטיפול יתבצע על ידי טכנאית/ת מוסמכים ובעלי ניסיון בתחום.

3. הוסבר לי כי:

למרות שהמכשיר מאושר ע"י רשויות הבריאות ופעיל כעשור, אין מידע על השלכות ארוכות טווח מעבר למידע שנמסר לי.

קיימות שיטות חלופיות להסרת שיער כגון: גילוח, שעווה, מכשירים ותכשירים. הוסברו יתרונות וחסרונות בהשוואה לטיפול זה.

4. תדירות ומספר טיפולים:

- יש לבצע לפחות 10 טיפולים להשגת הפחתה של כ-80% בשיער.
 - תדירות הטיפולים: אחת לחודש עד לשלושה חודשים.
 - לא ניתן להבטיח תוצאה סופית או מספר טיפולים מדויק.
 - התוצאה תלויה בפרמטרים אישיים כגון סוג שיער, גוון עור, מצב הורמונלי ואזור הטיפול.
 - שיער שיבה ובהיר ניתנים להרחקה בטיפול.
5. הנחיות לפני/אחרי טיפול:
- הימנעות מחשיפה לשמש ולשיזוף 3 שבועות לפני ואחרי הטיפול.
 - נשים הסובלות ממצבים הורמונליים עלולות שלא להשיג את מטרות הטיפול ואף לחוות גידול בכמות השיער.
 - אין לבצע טיפול למטופלים הנוטלים רואקוטן / אקוטן או תרופות דומות במשך שנה מסיום השימוש.
6. בטיחות:
- חובה להרכיב משקפי מגן במהלך טיפול – ניתן להסירם רק בהנחיית המטפל.
 - יש להודיע למטפל על כל תופעה חריגה במהלך או לאחר הטיפול.
7. תופעות לוואי אפשריות:
- אודם, צריבה, כאב, גרד, חיספוס, נפוחות.
 - זמן החלמה משתנה – בין שעות בודדות למספר ימים, לעיתים רחוקות יותר.
8. סיבוכים אפשריים:
- כוויות, שינויי פיגמנטציה (עודף/חסר צבע), צלקות.
 - אין אפשרות למנוע סיבוכים או תוצאות לא רצויות לחלוטין.
 - המרפאה מתחייבת לטפל במסירות במקרה של סיבוך אך לא מספקת החזר כספי.
9. אחריות כספית:
- לא ניתן פיצוי כספי בגין נזקים ישירים או עקיפים (כגון אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, אשפוז וכו').
10. תנאים כספיים:
- ניתן לבצע טיפול ניסיון ללא עלות.
 - קיימת אפשרות לרכישת טיפול בודד או חבילת טיפולים לשנתיים לפי המפורט בחשבונית.
- באמצעות חתימתי אני מאשר/ת את הבנתי המלאה והסכמתי לכל האמור לעיל, ומאשר/ת את תנאי הקליניקה כמתואר במסמך זה.