

Digital Cosmetics

הפסגה בטכנולוגיה

הצהרת בריאות והסכם טיפול

שם הלקוח/ה

טופס הסכמה לקבלת טיפול במכשיר קרן אור 100% לייזר

(להלן "המכשיר")

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ביטאתי את בקשותי וציפיותיי בקשר עם הסרת שיער, וכי, קיבלתי הסבר מפורט על תהליך הטיפול, אופי ואופן הטיפול, התוצאות המצופות ממנו וכל הסיכונים תופעות הלוואי והסיבוכים הכרוכים בטיפול. ידוע לי כי הטיפול יעשה על ידי טכנאי/ת שהם בעלי ההכשרה והנסיון המתאימים להפעלה של מכשירים להסרת שיער.

נאמר לי כי, למרות שהטיפול מאושר ע"י רשויות הבריאות בעולם, ולמרות שהניסיון במכשור להסרת שיער הינו בן כעשר שנים, לא ידוע על השלכות אפשריות של הטיפול מעבר לאלה המפורטות במסמך זה ומעבר לטווח זמן זה. כמו כן, ידועים לי פרטים על טיפולים חלופיים להסרת שיער כגון: גילוח, שימוש בשעווה וכן הסרה באמצעות מכשירים ותכשירים, לרבות פרטים על יתרונותיהם וחסרונותיהם בהשוואה לטיפול המוצע. הוסבר לי שיש לחזור על הטיפול לפחות 10 פעמים כדי לקבל הפחתה של כשמונים אחוזים במספר השערות. הוסבר לי כי, תדירות הטיפולים היא, בדרך כלל, אחת לחודש עד אחת לשלושה חודשים. ידוע לי כי, אין אפשרות לדעת מראש מהו מספר הטיפולים שיידרש. כמו כן לא ניתן לדעת בוודאות מה תהיה התוצאה הסופית של הטיפול, אלא במידה משוערת בלבד. הוסבר לי כי, מספר הטיפולים הדרושים והתגובה לטיפול תלויים בסוג השיער, באופן צמיחתו, בגוון העור, ברקע ההורמונלי שלי ובאזורי הטיפול בגוף. ידוע לי כי שיער שיבה ושיער בהיר הינם ניתנים להרחקה באמצעות הטיפול.

הוסבר לי כי חשוב להקפיד על מילוי אחר ההוראות שניתנו ו/או ינתנו לי ע"י המטפל/ת, כמו הימנעות משיזוף ומחשיפת האזור המטופל לשמש במשך שלושה שבועות לפני ואחרי הטיפול. נאמר לי כי, במידה ואני סובל/ת מבעיות הורמונליות ו/או אסבול מהן במהלך הטיפול, יתכן ומטרת הטיפול לא תושג ותתכן אפילו עליה במספר השערות. הוסבר לי כי שימוש בתרופות המכילות, מלחי זהב, רטין A כמו רואקוטן או אקוטן אסור במהלך הטיפול. כמו כן הוסבר לי כי, נתן לעבור טיפול בלייזר רק אם חלפה שנה לפחות ממועד סיום הטיפול בתרופות אילו. נאמר לי כי במהלך הטיפול עלי להרכיב משקפי מגן וכי הסרתם מעל עיני תעשה אך ורק בהוראת המטפל. אני מתחייב/ת להודיע למטפל/ת באופן מיידי על כל בעיה שתתעורר במהלך הטיפול או בתקופה לאחר הטיפול. ידוע לי כי הטיפול עלול להיות מלווה בתופעות לוואי כמו: אודם, צריבה במקום המטופל בזמן הטיפול ו/או אחריו, כאב, גרד, חיספוס של העור ונפיחות. ידוע לי כי, תהליך ההחלמה לאחר כל טיפול עשוי להמשך בין כמה שעות לבין מספר ימים לאחר הפעולה, ובמקרים חריגים אף פרק זמן ארוך יותר. ידוע לי כי הטיפול עלול להיות מלווה בסיבוכים כמו: כוויה מקומית, עודף או חסר פיגמנטציה (צבע) באזורים המטופלים ובמקרים נדירים גם צלקות באזור הטיפול.

הוסבר לי כי רפואה וכירורגיה פלסטית בפרט הם מדע לא מדויק וכי לא ניתן למנוע סיבוכים ותוצאות לא רצויות. המרפאה מתחייבת לטפל במסירות בכל סיכון או תוצאה לא רצויה. אולם, הובהר לי כי לא ניתן זיכוי כספי משום סוג במידה ויהיו סיכון או תוצאה לא רצויה לאחר הטיפול. כמו כן, הובהר לי כי המרפאה לא תכסה שום נזק כספי ו/או נזק אחר שיגרם לי בקשר לטיפול כמו אובדן ימי עבודה, רכישת תרופות, נסיעות מיוחדות, אשפוז במתקן רפואי ו/או כל נזק ישיר או עקיף אחר שיגרם בהקשר ישיר או עקיף לתוצאות הטיפול אותו אעבור.

מבחינת התנאים הכספיים לרכישת הטיפול, ידוע לי כי: ניתן לבצע טיפול ניסיון ללא תשלום או לרכוש טיפול בודד או לרכוש חבילת טיפולים למשך שנתיים לאזור בגוף בהתאם למצוין בחשבונית שאקבל.

פרטיים אישיים

המטופל/ת

שם ושם משפחה _____ ת.ז. _____

תאריך לידה _____ / _____ / _____ גיל _____

כתובת _____

טלפון _____ נייד _____

תאריך _____ חתימה _____

המטפל/ת

שם ושם משפחה _____

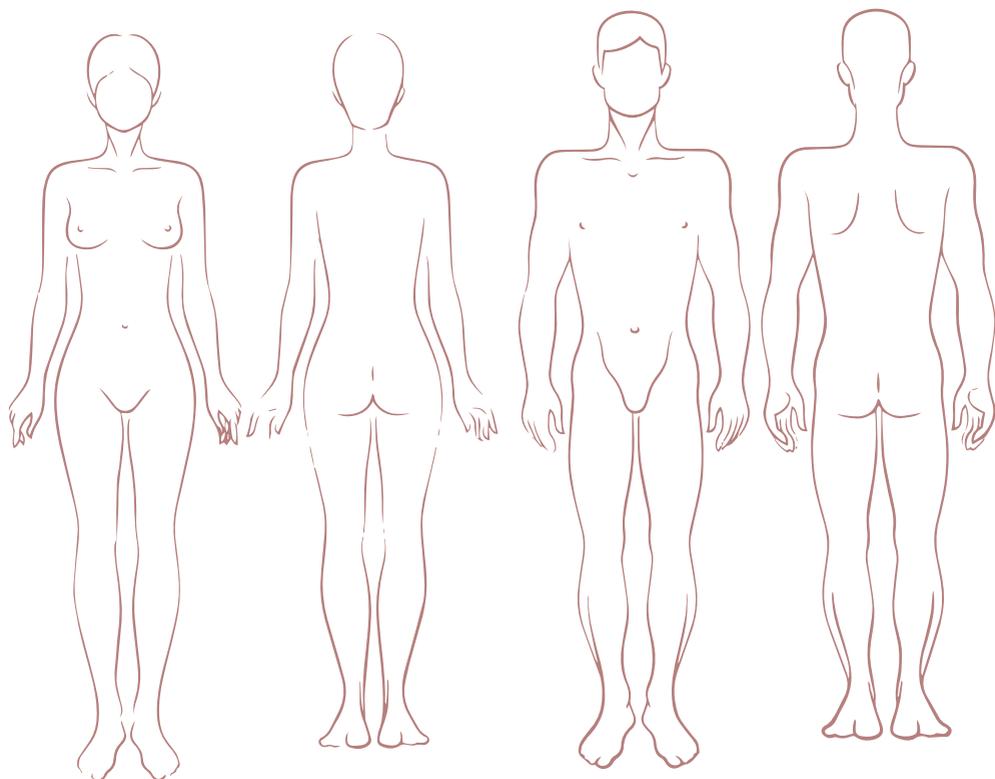
תאריך _____ חתימה _____

מכשיר הטיפול (דגם) _____ ייעוד המכשיר _____

אזורי הטיפול על פי ההסכם

מחיר הטיפול	כמות הטיפול	אזור הטיפול
		שפם
		סנטר
		צוואר
		פאות
		חיבור גבות
		עצמות לחיים
		בית שחי
		עורף
		חזה
		כתפיים
		גב עליון
		גב תחתון
		רגל
		יד
		פס בטן
		מפשעות
		ישבן
		בטן
		אחר

סימון אזורי הטיפול





כשיופי ואסתטיקה נפגשים

Digital Cosmetics

WWW.DIGITAL-COSMETICS.CO.IL

דיגיטל קוסמטיקס בע"מ
כתובתינו: מוטי קינד 2, רחובות