



## Patientmedgivande för estetisk behandling med PRINCESS® produkter

Namn patient: \_\_\_\_\_ Födelsedatum: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Namn behandlare: \_\_\_\_\_

### Patientens medicinska historia

Har du genomgått någon allvarlig operation eller tandutdragning under de senaste 6 månaderna?

Ja  Nej Om ja, var god specificera:

Har du några allergier?  Ja  Nej Om ja, var god specificera

Herpes?  Ja  Nej Om ja, var god specificera aktiv eller återkommande

Aktiv acne?  Ja  Nej Aktiv hudsjukdom?  Ja  Nej Diabetes?  Ja  Nej Systemiska sjukdomar?  Ja  Nej  
Om ja, var god specificera:

Är du gravid?  Ja  Nej Ammar du?  Ja  Nej Är du allergisk mot bedövningsmedel?  Ja  Nej

Tar du för närvarande något av följande läkemedel? \_\_\_\_\_  
Antibiotika, systemisk kortison, icke-steroida antiinflammatoriska eller smärtstillande läkemedel (NSAID) regelbundet, antikoagulationsbehandling och/eller annat läkemedel? Om ja, var god specificera vilket och varför:

Har du någon gång blivit injicerad med ett permanent eller resorberbart filler-implantat?  Ja  Nej  
Om ja, var god specificera vilken produkt och när: \_\_\_\_\_

Har du haft någon reaktion eller biverkning i samband med denna behandling?  Ja  Nej  
Om ja, var god specificera: \_\_\_\_\_

Jag godkänner att bli behandlad med Princess® fillers från CROMA. Avsikten med behandlingen är att korrigera rynkor, veck och kindkonturer samt att öka läppvolym. Jag har blivit informerad om att behandlingen innebär att gel som innehåller hög koncentration av hyaluronsyra kommer att injiceras. Detaljerna kring injektionsbehandlingen har förklarats för mig på ett klart och tydligt sätt. Jag har blivit informerad om de fördelar och eventuella biverkningar som kan uppkomma vid användning av hyaluronsyrafillers. **Jag försäkrar att alla de uppgifter jag har lämnat ovan är riktiga och att jag inte undanhållit någon information om mitt tidigare eller nuvarande sjukdomstillstånd.** Jag kommer att följa de instruktioner som CROMAs specialister framtagit för att minimera risker under och efter behandlingen. Jag förstår den information som har tillhandahållits och anser att den är tillräcklig för att ge mitt godkännande till behandling med Princess® fillers.

Ort: \_\_\_\_\_ den \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2010

\_\_\_\_\_  
Patientens underskrift

CORTEC MEDICAL AB, Kanalgatan 3, 211 40 Malmö, tel 040 664 59 50, fax 040 788 63, info@cortec.com

2010 Pat medgivande standard