Konsultationsformular
SkinPen

Patientens navn:	Adresse:
Person nummer:	
Fødselsdato:	Tel / Mobile:
Køn: ☐ Mand ☐ Kvinde Stilling: ……..	Patientens læges navn: Adresse: Tel:
Behandlers navn:	Dato:

Besvar alle nedenstående spørgsmål:

Behandling ønskes for:

□ Foryngelse	□ Rynker	□ Acne ar	□ Ar	□ Pore størrelse
□ Pigmentering	□ Rødmen	□ Opstramning	□ Strækmærker	□ BB Glow

Områder der skal behandles:

Hvilke andre kosmetiske behandlinger er foretaget ?

□ Ansigtløftning	□ Laser Peeling	□ Hårfjerning m. laser	□ Botox
□ Medicinsk kosmetik	□ Kemisk peel	□ Dermabrasion	□ IPL
□ Injicerbare Fillers (Fx. Restylane)		□ Andet: Fx Hjemmemikronåle beh.	

Kontra indikationer ved mikronåle behandling

Spørgsmål der skal stilles patienten før enhver behandling: Har du…..

- **Allergier?**
  Kraftig behandling med mikronåle kan inducere en allergisk reaktion.
- **Nedsat immunforsvar ?**
  Såfremt man netop har været igennem kemoterapi, har haft længere tids sygdom mv. og immunforsvaret er nedsat vil den mindste lille infektion udsætte patienten. Behandlingen bør derfor afvente til et gunstigere tidspunkt
- **Diabetes?**
  Sårheling kan foregå langsommere og der kan opstå sekundær infektion.
- **Postular eller nodular roseaca?**
  Brug ikke behandlingen i områder der er betændt.

Patient data / Konsultation / samtykkeformular

- **Blødersygdom?**
  Mikronåle behandling må ikke bruges til blødere eller til patienter der får antikoagulerende medicin
- **Modtaget eller udført hyppige mikronålebehandlinger inden for den sidste måned?**
  Hvis patienten har fået behandling udført et andet sted eller har udført det selv inden for den sidste måned. Overbehandling kan give negative resultater. Hyper/hypo-pigmentering. Ardannelse.
- **Modtaget behandling med botox eller fillers?**
  Behandling må ikke bruges på områder der er behandlet med botox, fillers eller lignende da det kan sprede midlet til andre områder 2-4 uger kan SkinPen behandling med hyaluronsyre dog forlænge fillerens effekt.
- **Graviditet ?**
  Brug af mikronåle uden serum overhovedet er sikkert, men ikke anbefalet.
- **Tendens til Keloid ardannelse?**
  Såfremt patienten har tendens til dannelse af keloid ar kan mikronålebehandling forværre tilstanden. Det kræver præcis viden om brug af antihistaminer, siliconebehandling mv for at forebygge inflammationer og forbedre helingen kræves. Ikke for begyndere.
- **Skønhedspletter, pigmentpletter der er over hudens overflade mv.?**
  Sådanne kan indeholde melanomt cancer og bør ikke behandles. Patienten bør sendes til en specialist for en biopsi.
- **Herpes / Børnesår/acne medicin**
  - Brug Aciclovir forebyggende 5 dage inden behandling
- **Bruger du nogen form for hormon medicin (fx. hydrocortisone), etc?**
  Behandling af patienter under medicinsk behandling bør undgås. Acne medicin. Vent ½ år.

Skriv venligst hver eneste type medicin som du bruger eller har brugt inden for de seneste 3 måneder, eller anden information som vi bør vide inden behandlingen påbegyndes: (Acne medicin 3-6 mdr)

……

Forventninger:

1. Hvad er dine realistiske forventninger? ……..
2. Hvilke bekymringer har du vedr. behandlingen? ……..

   …….
3. Har du nogle spørgsmål vedr. Behandlingen som ikke er besvaret endnu?

   ……
4. Hvor har du hørt om os? …….

SAMTYKKE ERKLÆRING:

1. **Jeg bekræfter hermed at informationen jeg har givet er sand og at jeg ikke har tilbageholdt medicinsk information om mig selv eller den medicin jeg tager.**
2. **Jeg har læst og forstået ovenstående information. Jeg bekræfter også at behandleren har svaret på alle de spørgsmål jeg havde, eller som jeg ikke forstod.**

POST TREATMENT:

3. **Jeg forstår at jeg skal undgå sol i 1-2 uger inden min behandling og 1-2 uger efter hver behandling.**
4. **Jeg SKAL undgå enhver brug af kosmetik eller cremer andet end foreskrevet af behandleren i 24-48 timer.**
5. **Jeg skal undgå bad/sauna/jacuzzi/pool/hård træning osv. i 24-48 timer**
6. **Gerne rent sengetøj**
7. **Jeg er indforstået med at efterbehandlingsprodukter til hjemmepleje er obligatorisk.**
8. **Jeg bekræfter at jeg ikke bruger en dermaroller eller lignende micronålebehandlinger under et kurforløb samt 4 uger før og efter.**
9. **Hvis Jeg bliver alvorligt syg i 2-3 uger inden behandlingen skal jeg ringe og aftale en ny tid.**

BIVIRKNINGER:

10. **Jeg forstår at der kan opstå bivirkninger som f.eks.:**
    - **Blødninger, rødmen i flere dage, infektioner, hyper/hypo-pigmentering, samt yderligere forværring af ar.**
11. **Jeg bekræfter hermed at jeg selv påtager mig enhver risiko iht dansk lov og at jeg ikke vil sagsøge klinikken, behandleren eller producenten for krav af enhver art.**

Patientens Navn:

Patientens underskrift: **Dato:**

Behandler: **Dato:**