

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia .....

Telefon.....

## **Formularz Świadomej Zgody COOLTSHOCK**

Cooltshock najnowocześniejsza technologia szoku termicznego wyszczuplająca ciało, liftingująca twarz, zwalczająca cellulit. Szok termiczny wywołany naprzemienną ekspozycją na zimno i ciepło stymuluje mechanizmy termoregulacyjne organizmu i drenaż, przyspieszając proces przemiany materii oraz, dzięki silnemu dotlenieniu miejscowemu, zmniejsza odczuwanie bólu, jednocześnie zwiększając wydzielanie endorfin. Fagocytoza jest naturalną reakcją organizmu polegającą na zmniejszaniu stanów zapalnych, rozluźnia mięśnie dzięki naprzemiennym fazom wazokonstrykcji i wazodylatacji.

Informacje o stanie zdrowia:

Przebyte operacje:.....

Stosowane leki:.....

Choroby:.....

Informacje dotyczące przebytych zabiegów medycznych:.....

### **Pozwala to na osiągnięcie następujących rezultatów:**

- face lift wokół twarzy i szyi uruchamia produkcję głębokich warstw kolagenu
- redukcja podwójnego podbródka
- zmniejszenie opuchlizny wokół oczu
- redukcja porów
- wzrost metabolizmu i wzrost poziomu endorfin
- wygładzenie i napięcie wiotkiej skóry
- redukcja złogów tłuszczowych oraz cellulitu
- redukcja stanów zapalnych
- redukcja obrzęków
- redukcja bólu

### **Zalecenia dodatkowe**

Cooltshock w przypadku zabiegów na ciało można połączyć z falą uderzeniową , pijąc od 2 do 3 litrów płynów dziennie, by skutecznie usunąć produkty przemiany materii z organizmu.

## **Wskazania do wykonywania zabiegów**

**Głowica Cooltshock** służy do zabiegów estetycznych, zabiegów na ciało oraz rehabilitacji.

### **Zabiegi estetyczne :**

- redukcja cellulitu
- redukcja zlokalizowanej tkanki tłuszczowej
- redukcja rozstępów
- redukcja nadmiaru skóry
- body shaping
- redukcja obrzęków
- poprawa napięcia skóry, wygładzenie

### **Przeciwwskazania do terapii cooltshock :**

- nowotwory
- ciąża, okres laktacji
- epilepsja
- brak reakcji na odczucia ciepło, zimno
- metalowe implanty w miejscu wykonywania zabiegu
- niepełny zrost kości po złamaniach
- dzieci w okresie wzrostu
- niewydolność wątroby i nerek
- zaawansowana cukrzyca

### **Zostałem wyczerpująco poinformowana(y) o:**

- Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- Technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- Pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- Możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku,
- Wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu,
- Sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- Czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- Czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg,
- Minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu

Podpisując niniejszą zgodę oświadczam, iż dane podane powyżej zgodne są ze stanem faktycznym. W przypadku, gdy wystąpią inne efekty uboczne niż te wskazane powyżej obliguję się powiadomić wykonującego zabieg jak najszybciej. W przypadku gdy w trakcie kuracji falą uderzeniową nastąpią zmiany co do podanych powyżej informacji o stanie zdrowia prosimy o niezwłocznie powiadomienie wykonującego zabieg.

Oświadczam że, zapoznałam(em) powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonie dokumentacji fotograficznej i wykonanie zabiegu.

*Podpis osoby wykonującej*

*Data i podpis pacjenta*