****

 **KARTA KONSULTACYJNA KRIOLIPOLIZY**

 **Świadoma zgoda na zabieg**

**Przeciwwskazania do zabiegu kriolipolizy:**

* Wszczepiony sprzęt medyczny taki jak: stymulator serca, urządzenie sztucznie podtrzymujące życie, przenośne urządzenie do pomiaru EKG
* Choroba wątrobowa, zapalenie lub infekcja wątroby
* Ciąża lub karmienie piersią
* Choroba Raynauda
* Ostra pokrzywka pod wpływem zimna
* Krioglobulinemia
* Napadowa hemoglobulinuria z zimna
* Hipoproteinemia
* Zaawansowana cukrzyca (u osób starszych)
* Przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych
* Zaburzenia krążenia
* Choroby skóry w miejscu zabiegu (grzybicze, wirusowe, zakaźne)
* Choroby nowotworowe
* Żylaki, zakrzepy, obrzęki (w miejscu zabiegu)
* Wiek poniżej 18 lat
* Nadmierne oczekiwania wobec efektów zabiegu

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………….

Adres e-mail: ……………………………………………………….

Numer telefonu: ……………………………………………………….

 \*Wymiary: ….…………………………………………………… ………………………………………………………………………………………….

Potwierdzam, że zostałem/am wystarczająco poinformowany/a o zasadzie działania i skuteczności kriolipolizy, a także o cenie, czasie trwania zabiegu, regularności zabiegów i procedurach postępowania w domu. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z powyższą listą przeciwwskazań, oraz oświadczam, że żadne z nich mnie nie dotyczy. Wyrażam świadomą zgodę na zabieg.

………………………………………………………..

data i podpis klienta