

## KUNDINFORMATION

Namn: .....

Adress: .....

Postnr: ..... Postadress: .....

Tfn: ..... Mail: .....

<b>ANAMNES</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormonförändringar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan åkomma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumör/Cancer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Dermatit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mörka naevi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
Eksem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hudinfektion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		

**MEDICINER** (Inkl. Alvedon, Magneacyl och Antiinflammatoriska medel)  **Ja**  **Nej**

Hudtyp enligt Fitzpatrick: I:..... II:..... III:..... IV:..... V:..... VI:.....

Ljusåldrande enligt Glogau:  Lätt  Måttlig  Långt framskriden  Svår

**HEMVÅRDSREKOMMENDATIONER:**

.....

.....

.....

**MEDICINSKA NOTERINGAR:**

.....

.....

.....

.....

.....

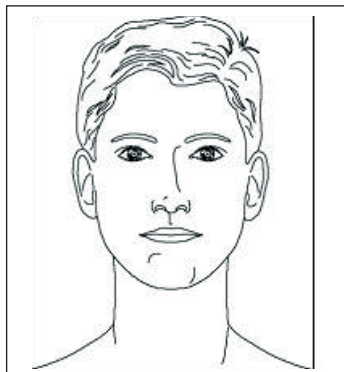
.....

.....

.....

.....

.....



DATUM	ANTAL LAGER	KOMMENTAR

# KUNDDEKLARATION

## 1. KONTRAINDIKATIONER

I följande fall ska inte PRX-T<sup>33</sup>-behandling utföras

- Närvaro av Herpes simplex i behandlingsområdet
- Nyligen utförda (2-6 månader) gjorda kirurgiska ingrepp (fettsugning, ögonlocks kirurgi/ögonlyft, etc.) i behandlingsområdet
- Immunsänkande och blödarbenägna sjukdomar
- Genetiska anlag att utveckla keloider och/eller hypertrofisk ärrvävnad
- Familjära anlag att utveckla postinflammatorisk hyperpigmentering
- Graviditet och/eller amning
- Annan medicinsk hänsyn
- Bakteriell infektion
- Atopisk dermatit

## 2. INDIKATIONER

I följande fall är PRX-T<sup>33</sup>-behandling rekommenderad som behandlingsindikation

### ANSIKTE

- Ljusåldrad hud
- Rynkor & Linjer
- Torr hud
- Förlorad fasthet
- Ojäma pigmenteringar
- Ärrbildningar

### KROPP

- Bristningar
- Ärrbildningar
- Åldrad hud hals, dekolletage och händer

## 1. HANDHAVANDE

- Resp. PRX-T<sup>33</sup>-behandling utförs i enlighet med de resp. handhavande instruktioner som medföljer
- Följ noga de instruktioner kliniken ger Dig och använd inte andra preparat än vad som föreskrivs till behandlingen
- Kontakta omedelbart kliniken om oväntade biverkningar uppstår eller om Du har frågor
- Klinikern har upplysts om min anamnes och tagit hänsyn till ev. kontraindikationer
- Klinikern har upplysts om ev medicinintag som kan påverka behandlingen
- Klinikern har gått igenom behandlingsindikationer och kontraindikationer

**Jag har tagit del av ovanstående information och till fullo förstått den.  
Jag önskar erhålla PRX-T<sup>33</sup>-behandling på egen fri vilja och på eget ansvar.  
Jag tillåter att kliniken sparar denna kunddeklaration tills behandling/kur är slutförd.**

Namn: .....

Datum: ..... Signatur: .....

Kliniken som utfört kunddeklarationen: .....

Handhavare som utfört kunddeklarationen: .....