

Dátum: _____
Üzlet neve: _____
Üzlet címe / bélyegző: _____
Üzlet telefonszáma: _____
Sterilitási szám: _____
Páciens neve: _____
Születési ideje: _____
Gyerekek 4 hónapos kor előtt minden immunerősítőt megkaptak? _____
Személyi igazolvány szám: _____
Páciens címe: _____
Páciens telefonszáma: _____

A hozzájárulási nyilatkozattal igazolom, hogy fületem, beleegyezéssel lyukasztják ki. Elfogadom, és követem, az ápolási útmutatásban leírtakat. Füllyukasztás előtt engem megfelelőképpen tájékoztattak, és a feltett kérdéseimre, megfelelő választ adtak.

Ezt a hozzájárulási nyilatkozatot aláírásával igazolom.

Nincs semmilyen eltitkolt betegségem, amiről tájékoztatom kellene, tartós egészségügyi probléma esetén,

Kikértem a háziorvosom tanácsát a füllyukasztásra vonatkozóan.

Terhesként, orvosom tud a szándékomról, és engedélyezte a füllyukasztást.

Nem vagyok Cukorbeteg, Epilepsziás, Hepatitis, HIV, Vércukorszintemben szenvedő, és semmilyen más betegségben szenvedő, amelyről tájékoztatom kellene Önöket.

Nem szenvedem Influenzában, nem vagyok Drog vagy Alkoholfüggő, és ezek hatása alatt sem állok.

Megkaptam a hozzájárulási nyilatkozatot a STUDEX ® termékekkel történő átlukasztás előtt, ezt elolvastam, a leírtakat tudomásul vettem, nem titkolok el semmit, és követem az utasítást. A hozzájárulási nyilatkozatból megkaptam azt a példányt, amin a kezelési útmutató található.

Betartom a kezelési utasítást, akár a fül porcos részét szúrattam át, akár a fülcimpát. Tudomásul veszem, a porcba szúrással előforduló lehetséges gyulladásokkal, és a nagyobb gyulladási rizikót.

A helytelen utókezelés, a nem megfelelő higiénia, vagy a nem jelzett fém érzékenység, szintén növeli a gyulladás kialakulásának esélyeit. A lyukasztás utáni első négy hétben az uszoda, valamint egyes Sport tevékenységek, is rizikó faktorok számíthatnak.

A fenti okokból, vagy más figyelmetlenségből, esetleg az utókezelés mulasztásából eredő bármilyen kivörösödés, duzzanat vagy gyulladás kialakulásakor /a fülcimpán, a fül porcos részén, vagy más területén./ lemondok mindenféle kártérítési jogomról.

Ezért vállalom, és azt aláírásommal igazolom, hogy az egyetértési nyilatkozatot tájékoztatóját elolvastam, és azt betartom.

Hozzájárulok, a fülem átlukasztásához, illetve döntési felelősségem jogában, a gyermekem fülének átlukasztásához.

18 életévemet betöltöttem, és ezt a megfelelő iratokkal igazoltam, ha 18. évemet még nem értem el a szülői/gyám beleegyezést megkaptam, és ezt ők az aláírással igazolják.

Ezennel hozzájárulok, és azt aláírásommal igazolom, hogy saját kívánságomra, higiénikus feltételek mellett, steril füllyukasztóval, átszúrják a fületem. Elfogadom, és követem az ápolási útmutatást, és az óvintézkedéseket a gyulladások elkerülése érdekében.

Ez esetben lemondok az esetleges kártérítési igényemről, a gyártóval, a forgalmazóval, vagy az eladóval szemben, beleértve a segédszemélyzetet is.

Páciens aláírása: _____ Dátum: _____

Szülő/Gyám aláírása 18 éves kor alatt



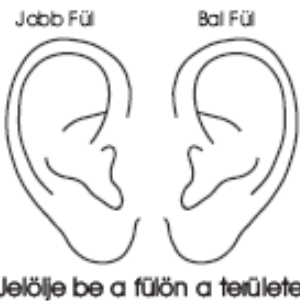
FÜL

LYUKASZTÁSI

HOZZÁJÁRULÁSI

NYILATKOZAT

KIZÁRÓLAG CSAK
A STUDEX TERMÉKEIHEZ



Ellenőrzési szám

STUDEX™

Füllyukasztás utáni ápolási útmutató

Csak a STUDEX® termékeket felhasználók részére.

Az aláírásommal igazolom, hogy hozzájárulok a fülem átlukasztásához, amelyet steril körülmények között, és eszközökkel hajtanak végre.

Az alábbi utasításokat, rám nézve kötelezően betartok:

Mielőtt a füleimet megérintem, minden esetben kezet mosok.

A STUDEX® Fülápoló oldattal, naponta kétszer a fületem elől, és hátul bekenem, úgy, hogy a fülbevalót nem veszem ki a fülemből.

A fülbevalót naponta megforgatom a fülemben, 180° balra és 180° jobbra, i.e.1/2 fordulatokkal. Igyekszem, hogy a hajjal a legkevésbé érintkezzen a fülbevaló, és a fülcimpa. Ügyelek arra, hogy ne érintkezzen a lyukkal sampon, szappan, hairspray, vagy más hasonló kozmetikai cikk. Ha mégis, óvatosan és alaposan leöblítem tiszta vízzel, majd a STUDEX® fülápoló oldattal bekenem.

Minden esetben a STUDEX® fülápolóval ápolom a fülem akkor is, amikor uszodába, vagy sportolni megyek.

NEM SZABAD :

Ki venni a fülbevalót a frissen lyukasztott fülből!

A fülápolón kívül bármi mással kezelni a fület/vagy a fülbevalót !

A fülbevaló kapcsát jobban ráhúzni a fülbevalóra, mint ahogyan azt a belővőskor pozicionálta a készülék. Amikor ápolja a fület, mindig ellenőrizze, hogy a kapocs megfelelő helyzetben található-e a fülbevalón.

A FÜLCIMPA KEZELÉSE :

A friss lyuknak be kell gyógyulni. Ez a gyógyulási idő 6 hétig tart. Ez idő alatt, ha nincs rendkívüli gyulladás, ne vegye ki a fülbevalót.

A lyukasztás utáni első 6 hónapban ne viseljen nehéz fülbevalókat, nehogy kitérüljön a lyuk. A fülében a gyulladások elkerülése érdekében, viseljen mindig hypoallergén nikkelt mentes vagy titánium ékszer.

A gyógyulási időszakában bekövetkező vörösödés, a lyuk gyógyulásából következő hámlás, normális.

A hatodik hét letelte után, az első időszakban, ne legyen 48 óránál tovább fülbevaló nélkül, mert a lyuk összezáródhat.

Ha az előírások betartása ellenére gyulladás, vörösödés, elviselhetetlenné váló kellemetlen érzés lép fel, keressen fel bőrgyógyászt. Ez esetben, addig ne vegye ki az ékszert a fülből, amíg az orvosával nem konzultált.

Fül PORCOS RÉSZÉNEK KEZELÉSE:

Hagyja a frissen lyukasztott helyen a fülbevalót 12 hétig.

12 hét után kicserélheti más fülbevalóra, ha semmilyen problémát nem észlel, de a lyukasztáshoz használt fülbevalót is viselheti tovább.

A lyukasztástól számított 12 hónapig csak a hasonló típusú fülbevalókat viselje.

A fülbevaló nikkeltmentes orvosi fémből, vagy titániumból készüljön.

A kezelés a fülcimpához hasonlóan történjen.

Ha gyógyulási folyamattal együtt járó vörösödést, hámlást észlel, az normális.

A lyukat itt se hagyja 48 óránál tovább fülbevaló nélkül, mert az összezáródhat.

Ha az után kezelés betartása ellenére rendkívüli gyulladás lép fel, keresse fel bőrgyógyászt, de amíg nem konzultált orvosával, ne távolítsa el a fülbevalót füléből.

Megjegyzés: Az én felelősségem az utókezelést betartani, és probléma esetén az orvost értesíteni. A leírtak be nem tartása esetén, mindenféle kártérítési jogomról lemondok.

Páciens aláírása: _____ Dátum: _____

Szülő/gyám aláírása 18 éves kor alatt

AZ Ön ellenőrzési száma:



Páciens példánya