

## EXILIS ELITE

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

Klient/ka : .....

RČ: .....

Telefon : ..... E-mail : .....

Ošetřovaná plocha : .....

Na základě Vašeho požadavku a předchozího vyšetření a konzultace Vám ošetřující lékař doporučil ošetření Exilis Elitě. Máte právo se o podstoupení zákroku svobodně rozhodnout, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení výkonu je potřeba Vašeho souhlasu.

#### **ZÁKLADNÍ INFORMACE**

Exilis Elite je neinvazivní estetická procedura využívající kombinaci radiofrekvenční energie a ultrazvuku k zahřátí hlubokých vrstev kůže a podkožního tuku. Toto zahřátí stimuluje produkci kolagenu, čímž dochází ke zpevnění pokožky a redukci podkožního tuku. Procedura je nebolestivá a nevyžaduje anestezii ani rekonvalescenci.

Běžně se ošetřují tyto oblasti:

- Obličej (lifting, redukce vrásek)
- Krk a dekolt
- Břicho, stehna, hýždě
- Paže

#### **INDIKACE**

Ošetření Exilis Elite je vhodné pro osoby, které chtějí:

- Zpevnit pokožku a redukovat vrásky
- Zlepšit kontury obličeje a těla
- Redukovat lokální tukové depozity
- Podpořit tvorbu kolagenu

## KONTRAINDIKACE

Ošetření není vhodné v následujících případech:

- Těhotenství a kojení
- Implantované kovové předměty v místě ošetření (např. kardiostimulátor, kovové náhrady)
- Akutní kožní infekce nebo zánětlivé onemocnění v místě aplikace
- Nádorová onemocnění
- Neurologická onemocnění (např. epilepsie)
- Diabetes mellitus (pokud není dobře kompenzován)
- Autoimunitní onemocnění
- Poruchy srážlivosti krve nebo užívání léků na ředění krve

## MOŽNÁ RIZIKA A NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY

Ošetření je obecně bezpečné, avšak mohou se vyskytnout:

- Dočasné zarudnutí nebo otok ošetřené oblasti
- Pocit tepla či mírného diskomfortu během zákroku
- Ve vzácných případech přechodné změny pigmentace

## DOPORUČENÍ PO OŠETŘENÍ

- dostatečný pitný režim
- Omezení alkoholu a tučných jídel

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoliv. Podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony .

Souhlasím s pořizováním fotodokumentace z důvodu objektivního zhodnocení výsledku.

Datum podpisu: .....

Podpis klienta/ky: .....

Podpis lékaře: .....