

Informovaný souhlas:

Poučení a písemný souhlas s ošetřením Hyaluron pen a kyselinou hyaluronovou.

Potvrzuji ,že jsem si přečetl(a) všechny informace o nežádoucích účincích a všech kontraindikacích.

Potvrzuji ,že kontraindikacím rozumím a nesplňuji žádnou z těchto kategorií.

Jméno a příjmení:

Adresa:

Datum narození:

Email:

Tel. Číslo:

Poučení před aplikací:

- 1 5 dní před plánovaným zákrokem nedoporučujeme absolvovat zubní ošetření
- 24 hod před zákrokem nekonzumovat alkohol a neabsolvovat intenzivní sportovní trénink
- neužívám přípravky s obsahem kyseliny acetylsalicylové (např. Aspirin) , léky proti horečce a srážení krve
- týden před plánovaným ošetřením vynechat vitamín C a E, jejich vysazení konzultuje s lékařem

Poučení po aplikaci:

- Po aplikaci není vhodné i intenzivně sportovat a pít alkohol
- 12 hod nepoužívejte make-up
- 12 hod po aplikaci nekouřit
- Nedotýkat se místa aplikace – nebezpečí zanesení infekce
- Následujících 15 dní nechodit k zubaři
- 15 dní nenavštěvujte saunu, páru, solárium a nevystavovat se přímému slunečnímu záření
- 72 hod nelétat letadlem
- Otok po aplikaci je běžný a měl by po pár dnech odeznít.