AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Dolgu Uygulamaları

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

Yüz veya seçilmiş vücut bölgelerinde hacim, kontur ya da çizgiler için deri altına dolgu materyali enjekte edilir. Madde tipi (örn. hyalüronik asit), üretici, hacim, anatomik bölge ve uygulama tekniği kaydedilmelidir. Her dolgu eritilebilir değildir; kalıcılık kişiye ve ürüne göre değişir.

Olası risk ve komplikasyonlar

Ağrı, morarma, şişlik, asimetri, topaklanma, göç, enfeksiyon, alerji ve gecikmiş inflamatuvar nodüller görülebilir. Damar içine/üzerine dolgu verilmesi damar tıkanıklığına, cilt nekrozuna ve çok nadiren kalıcı görme kaybı veya inmeye yol açabilir. Ciddi alerjik reaksiyon gelişebilir.

Diğer seçenekler

İşlem yaptırmamak, farklı onaylı ürün ya da sınırlı etki sağlayan cilt bakım/enerji temelli yöntemleri görüşmek. Ürünle ilgili düzeltme veya eritme her zaman mümkün değildir.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Ani şiddetli ağrı, soluk-beyaz/mor ağ görünümü, soğuk cilt, görme bulanıklığı/kaybı veya felç belirtisi olursa acil yardım alın. Tedavi sonrası masaj, baskı, spor ve ek işlem kısıtlarını hekiminizden öğrenin.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Ürün ticari adı, içerik, lot/seri, son kullanma, ruhsat/uygunluk, toplam hacim (mL), enjeksiyon alanları, vasküler acil müdahale planı ve hyalüronidaz uygunluğu.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Kırışıklık Tedavisi (Botulinum Toksin / Yöntem Belirtilecek)

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

Kırışıklık tedavisi kullanılan yönteme göre değişir. Botulinum toksin tercih ediliyorsa belirli yüz kaslarına mikroenjeksiyonla geçici kas aktivitesi azaltılması hedeflenir. Ürünün adı, toplam ünitesi, uygulama alanları ve onaylı kullanım durumu kaydedilmelidir. Alternatif yöntemler ayrı onam gerektirebilir.

Olası risk ve komplikasyonlar

Morarma, ağrı, baş ağrısı, asimetri, yetersiz/abartılı etki, kaş veya göz kapağı düşüklüğü, çift görme ve göz kuruluğu olabilir. Nadir olarak toksin etkisinin yayılması yutma, konuşma veya solunum güçlüğü oluşturabilir; bu acildir. Nöromüsküler hastalıklar ve bazı ilaçlar riski değiştirebilir.

Diğer seçenekler

Uygulamayı yaptırmamak; dolgu, lazer veya cilt bakımı gibi farklı endikasyonlara yönelik seçenekleri görüşmek. Etki geçicidir ve yinelenen uygulamalar gerekebilir.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Ani yutma ya da nefes alma güçlüğünde acil yardım alın. Uygulama sonrası bölgeye baskı, masaj, egzersiz ve kozmetik işlemler için hekimin önerilerine uyun.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Kesin tedavi yöntemi, toksin markası ve birimleri, enjeksiyon alanları, gebelik/emzirme, nöromüsküler hastalık, geçmiş reaksiyon ve ilaç etkileşimleri.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Altın İğne (Mikro İğneli Radyofrekans)

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

Mikro iğneli radyofrekans, kontrollü iğne girişleri ve radyofrekans enerjisiyle belirli deri katmanlarını hedefler. Cihaz, iğne derinliği, enerji, alan, seans sayısı ve uyuşturma yöntemi bireyselleştirilir.

Olası risk ve komplikasyonlar

Ağrı, kızarıklık, şişlik, geçici kabuklanma, lekelenme veya renk açılması, yanık, su toplaması, enfeksiyon, iz, akne/herpes alevlenmesi ve beklenmeyen yağ dokusu kaybı/çökme ortaya çıkabilir. Göz yakınındaki uygulamalarda ek önlem gerekir; kalp pili/elektronik implant uygunluğu araştırılır.

Diğer seçenekler

Tedavi olmamak; hekim önerisiyle yüzeysel cilt bakımı, lazer/diğer enerji temelli işlemler veya başka uygun seçenekler.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Güneş koruması ve önerilen yara bakımına uyun. Yaygın su toplama, ilerleyen kızarıklık, ateş veya kötüleşen ağrı olursa kliniğe başvurun.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Cihaz marka/modeli, tek kullanımlık kartuş, ayar/derinlik, seans alanı, cilt fototipi, aktif enfeksiyon, herpes öyküsü, metal/elektronik implant.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Eksozom Uygulaması – Ürün ve Yasal Durum Doğrulama Şartlı

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

“Eksozom” adı farklı kaynak ve bileşimlerde ürünleri ifade edebilir. Kozmetik yüzey uygulaması, mikroiğneleme ile uygulama ve enjeksiyon birbirinden farklı yöntemlerdir. Ürünün kökeni, içeriği, yasal sınıfı, ruhsatı ve uygulanması amaçlanan yol kesinleşmeden bu form uygulama izni anlamına GELMEZ. Etkinliğe ilişkin klinik kanıt ve uzun dönem güvenlilik sınırlı olabilir.

Olası risk ve komplikasyonlar

İçerik ve uygulama yoluna göre alerji, kızarıklık, enfeksiyon, kontaminasyon, inflamasyon, beklenmeyen bağışıklık yanıtları ve bilinmeyen geç/uzun dönem riskler söz konusu olabilir. Enjeksiyon veya başka invaziv kullanımın yasal uygunluğu ayrıca doğrulanmalıdır. Beklenen gençleşme/onarım etkisi garanti edilemez.

Diğer seçenekler

Ürün kullanmamak; endikasyona göre daha iyi değerlendirilen cilt bakım veya hekimce uygun görülen yöntemleri görüşmek.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Ateş, artan kızarıklık/şişlik, irin, döküntü veya solunum şikâyetinde hızla tıbbi yardım alın. Uygulama sonrası izlem ve beklenmeyen reaksiyon bildirimi planlanmalıdır.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

ZORUNLU: Tam ürün/üretici, insan/hayvan/bitki kaynağı, bileşim, ruhsat ve Türkiye’deki hukuki statü, amaçlanan uygulama yolu, sterillik/lot ve endikasyon yazılı doğrulanmadan uygulanmamalıdır.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

PRP (Trombositten Zengin Plazma)

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

Hastadan alınan kan uygun sistemle işlenerek trombositten zengin plazma hazırlanır ve belirlenen dokuya uygulanır. Kan alma miktarı, kit/sistem, hedef alan ve uygulama yolu kaydedilir. Elde edilecek etki kişiden kişiye değişebilir.

Olası risk ve komplikasyonlar

Kan alımında morarma, bayılma, ağrı; enjeksiyonda enfeksiyon, kanama, doku hasarı, şişlik, sinir/damar zedelenmesi ve istenmeyen sonuç olabilir. Uygun olmayan hazırlama/sterillik kontaminasyon riskini artırır. Trombosit/kanama bozuklukları ve kan sulandırıcılar değerlendirilmelidir.

Diğer seçenekler

İşlemden vazgeçmek; şikâyetin türüne göre diğer kanıt temelli tedavileri ve takip seçeneğini görüşmek.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Önerilen bölge bakımını uygulayın. Ateş, yayılan kızarıklık, belirgin şişlik veya şiddetli ağrıda tıbbi değerlendirme alın.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Kanın alınacağı miktar, PRP sistemi ve lotu, aktivatör kullanımı, tedavi bölgesi, trombosit bozukluğu, enfeksiyon ve kanama riski.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Gençlik Aşısı – Ürün Tanımlanması Gerekir

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

“Gençlik aşısı” standart bir farmakolojik ürün adı değildir. Hyalüronik asit, vitamin/peptit veya başka bileşenler içerebilen enjeksiyon protokollerini ifade edebilir. İşlemin amacını, ürünün tam bileşimini, kullanım yolunu, onaylı endikasyonunu ve enjeksiyon planını hekim yazılı belirlemelidir.

Olası risk ve komplikasyonlar

Geçici ağrı, morarma, şişlik, enfeksiyon, alerji, papül/nodül, düzensizlik, gecikmiş inflamasyon veya renk değişikliği görülebilir. Enjeksiyon yapılan alana ve ürüne bağlı damar içi uygulama damar tıkanıklığı ve doku nekrozuna; yüzün belirli bölgelerinde çok nadiren görme kaybına yol açabilir.

Diğer seçenekler

İşlem yaptırmamak, cilt bakımı veya ürüne özgü özellikleri açıklanmış başka tıbbi seçenekleri değerlendirmek.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Şiddetli beklenmedik ağrı, soluk/mor ağ görünümü, görme değişikliği veya ciddi alerji durumunda acil yardım alın. Bakım talimatlarına uyun.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Ürün tam ticari adı, üretici/içerik/lot, kullanım yolu, enjeksiyon derinliği, toplam hacim, endikasyon ve vasküler acil plan.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Somon DNA (Polinükleotid / PDRN – Ürün Doğrulamalı)

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

“Somon DNA” adı, kaynağı ve polinükleotid/PDRN içeriği farklı olabilen ürünler için kullanılır. Ürünün türü, hangi hayvansal kaynaktan elde edildiği, sterilitesi ve enjeksiyon için yasal uygunluğu açıklanmalıdır. Dermatolojik görünümde iyileşme hedefi kesin sonuç değildir.

Olası risk ve komplikasyonlar

Ağrı, şişlik, morarma, enfeksiyon, alerji/duyarlılık, papül, nodül, inflamasyon ve uygulama hatasına bağlı doku hasarı olabilir. Balık/ürün bileşenlerine alerji öyküsü özellikle sorgulanmalıdır. Uzun dönem veriler ürüne ve endikasyona göre değişebilir.

Diğer seçenekler

Tedaviyi yaptırmamak; farklı ürünleri, topikal bakımı veya kanıtı daha güçlü seçenekleri görüşmek.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Şiddetli döküntü, yüz/dil şişmesi, nefes darlığı ya da ilerleyen enfeksiyon bulgularında acil yardım alın.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Ürünün tam adı ve PDRN/PN ayrımı, kaynak ve protein kalıntısı bilgisi, alerji öyküsü, ürün ruhsatı, lot, enjeksiyon yolu/hacmi.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Nem Aşısı (Enjeksiyonla Cilt Nemlendirme)

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

“Nem aşısı” çeşitli hyalüronik asit bazlı veya farklı karışımlı ürünlere verilen isimdir. Ciltte nemli görünümü artırmak hedeflenebilir. İlaç/tıbbi cihaz niteliği, konsantrasyon, uygulama derinliği, toplam hacim ve onay durumu belirlenmelidir.

Olası risk ve komplikasyonlar

Morarma, ödem, ağrı, kaşıntı, kabarıklık, alerji, nodül, enfeksiyon ve düzensiz görünüm olabilir. Kullanılan ürün ve anatomiye göre damar tıkanıklığı, doku hasarı veya nadir görme komplikasyonları söz konusu olabilir. Tekrarlama gerekebilir.

Diğer seçenekler

Uygulama yaptırmamak; uygun topikal nemlendiriciler veya başka cilt tedavilerini görüşmek.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

İlerleyen morarma/solukluk, şiddetli ağrı, görmede değişiklik, yaygın reaksiyon veya enfeksiyon bulgularında acil değerlendirme alın.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Ürün adı/bileşimi ve lotu, hyalüronik asit çapraz bağ durumu, uygulama alanı/derinliği/hacmi, alerji ve acil plan.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Paris Işıltısı (Markalı Mezoterapi Protokolü)

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

"Paris Işıltısı" standart bir işlem veya içerik tanımı değildir; belirli klinik ya da ticari enjeksiyon/mezoterapi protokolünü işaret edebilir. Hangi ürünlerin, hangi miktarda ve hangi derinliğe uygulanacağı işlem öncesi açıklanmalıdır. Ürün farklıysa risk ve onam yeniden değerlendirilir.

Olası risk ve komplikasyonlar

Enjeksiyon ağrısı, morarma, ödem, alerji, enfeksiyon, pigmentasyon, granülom/nodül, düzensiz görünüm veya yetersiz etki oluşabilir. Formülasyon ve anatomik bölgeye göre damar hasarı/tıkanıklığı ve doku kaybı gibi ciddi riskler ayrıca değerlendirilmelidir.

Diğer seçenekler

Uygulamayı reddetmek; topikal cilt bakımı veya içeriği açıkça belirtilen başka tedavileri görüşmek.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Artan ağrı, renk değişikliği, ateş, enfeksiyon veya görme şikâyetinde derhal değerlendirme alın.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Uygulanan tüm ürünlerin marka/etken madde/miktar/lot bilgileri, uygulama katmanı, uygunluk belgeleri ve içerik alerjileri.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Lifting Aşısı (Ürün / Yöntem Belirtilecek)

TASLAK: Bu form ürün ve kişiye özel plan doğrulanıp hekim görüşmesi tamamlanmadan klinik kullanım için geçerli değildir.

HASTA BİLGİLERİ

Hasta adı soyadı / Patient full name: _____

Doğum tarihi / Date of birth: _____

Hasta dosya no / Patient file no: _____

Tarih ve saat / Date and time: _____

Klinik / Facility: _____

İşlem ve uygulanış

“Lifting aşısı” bir ürünün standart tıbbi adı değildir. Sıkılaşma/kaldırma etkisi iddiasıyla sunulan çeşitli biyostimülanlar, dolgu ya da mezoterapi karışımları için kullanılabilir. Bu form, gerçek ürün ve uygulama yöntemi kaydedilmeden onay yerine geçmez.

Olası risk ve komplikasyonlar

Ağrı, şişlik, morarma, asimetri, alerji, düzensizlik, enfeksiyon, nodül/granülom, kalıcı sertlik ve beklenmeyen sonuç görülebilir. Dolgu veya enjekte edilebilir biyostimülan kullanılıyorsa damarsal komplikasyonlar ve doku nekrozu gibi ciddi riskler olabilir; bazı ürünlerin eritilmesi mümkün değildir.

Diğer seçenekler

İşlem yaptırmamak; ürün sınıfı netleştirildikten sonra cilt bakımı, enerji temelli yöntemler veya uygun farklı müdahaleleri görüşmek.

İşlem sonrası takip ve acil belirtiler

Şiddetli ağrı, deride ağ tarzı morarma/solukluk, ani görme şikâyeti veya alerji durumunda acil yardım alın.

İşleme özel zorunlu kontrol alanları

Gerçek ürün/sınıf, ruhsatlı endikasyon, bileşim, lot, uygulama yolu, hacim, alan, geri döndürülebilirlik ve komplikasyon planı.

HEKİM TARAFINDAN İŞLEM ÖNCESİ DOLDURULACAK ALANLAR

Ürün / cihaz tam adı, üretici, lot ve ruhsat durumu: _____

Bileşim / konsantrasyon / doz / hacim ve uygulama yolu: _____

Anatomik bölge, uygulama planı ve seans sayısı: _____

Hastaya özgü riskler, alerjiler, önemli hastalıklar: _____

Uygulamaya özgü acil müdahale / takip planı: _____

Ortak güvenlik bilgileri

Tıbbi öykü, alerji, aktif enfeksiyon, herpes, iz eğilimi, bağışıklık hastalıkları, kanama riski, kullanılan ilaçlar, gebelik/emzirme ve daha önceki estetik uygulamalar hekime açıklanmalıdır. İşlem güvenliğini etkileyen ilaçlar hekim önerisi dışında kesilmemelidir.

Beklenti, ek seans ve acil durum

Etkiler kişisel olarak değişir; simetri, belirli bir sonuç veya kalıcılık garanti edilemez. Ek uygulama, düzeltme ya da tedavi gerekebilir; bunların fayda, risk ve masrafları ayrıca açıklanmalıdır. Ciddi alerji, solunum sıkıntısı, görme değişikliği veya beklenmedik şiddetli ağrı acil değerlendirme gerektirir.

Bilgilendirme ve gizlilik

Bu belge klinik muayene ve sözlü bilgilendirmenin yerine geçmez. Klinik fotoğraflar sağlık verisi olarak korunmalıdır. Reklam/sosyal medya paylaşımı için bu onam yeterli değildir; ayrı açık izin gerekir.

HASTA KARARI VE İMZALAR

Planlanan işlem, kullanılan gerçek ürün/cihaz, beklenen yarar, belirsizlikler, önemli riskler, alternatifler ve işlemden vazgeçme hakkım bana anlayacağım dilde açıklandı. Sorularım yanıtlandı. Sonucun garanti olmadığını anlıyorum. İşlem başlamadan rızamı geri çekebilirim.

[ ] Kabul ediyorum [ ] Kabul etmiyorum / erteliyorum

Hasta adı, imzası: _____

Bilgilendiren hekim: Op. Dr. Mert Sandıkcı / imza: _____

Gerekirse yasal temsilci / imza: _____

Gerekirse tercüman, dil / imza: _____

İmza tarih ve saati: _____

TASLAK • Hekim ve hukuk danışmanı kontrolünden geçmeden hastaya nihai onam formu olarak sunulamaz.