**Konsultationskort Dermaplaning**

**Jag, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ger mitt samtycke till att dermaplaning utförs av \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Dermaplaning är en fysisk peeling som tar bort döda hudceller och vellus hår i ansiktet. Denna form av peeling mjukar upp huden och gör att produkter som används ger en förbättrad absorption som ökar deras effektivitet och fördelar mot åldrande.**

**Jag förstår att det finns kontraindikationer för denna behandling, inklusive men inte begränsat till diabetes, cancer, aktiv akne, blödningsstörningar och oförmågan för blod att koagulera efterskada.**

**Vissa läkemedel inklusive blodförtunnande medel, högre doser av aspirin och roaccutane/Isotretioin är kontraindicerade för denna behandling på grund av ökad känslighet och / eller risken förfördröjd koagulation från ett sår eller snitt.**

**Jag intygar att jag inte tar något av ovanstående läkemedel eller upplever något av ovanstående tillstånd.**

**Behandlingen, riskerna och kontraindikationerna har förklarats för mig. Jag förstår att denna behandling innebär användning av ett specialiserat dermaplaning skalpellblad för att ta bort döda hudceller och vellus hår. Precis som vid användning av vassa instrument finns det risk för skador. Medan alla försiktighetsåtgärder vidtas förstår jag riskerna och samtycket i att få behandling idag.’**

**Namn-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**