

## INFORMACJA DLA PACJENTKI PRZED WYKONANIEM ZABIEGU MASAŻU KOBIDO UP

### Przeciwwskazania do masażu KOBIDO:

- stany zapalne w obszarze zabiegowym - rany/otarcia itp.
- łuszczyca
- opryszczka
- nieleczona padaczka
- nowotwory i 5 lat po wyleczeniu
- aktywny trądzik różowaty
- ogólny zły stan pacjenta - przeziębienie/gorączka
- duże nadciśnienie tętnicze
- zagrożona bądź zaawansowana ciąża
- wypełniacze typu kwas hialuronowy - w ciągu 2-3 ostatnich tygodni przed zabiegiem
- botoks - w ciągu 2-3 ostatnich tygodni przed zabiegiem
- nici PDO - w ciągu 6 ostatnich miesięcy przed zabiegiem
- medycyna estetyczna - nici z haczykami
- mezoterapia igłowa i mikroigłowa- w ciągu 2 ostatnich tygodni przed zabiegiem

### ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU MASAŻU KOBIDO UP

Z pacjentką przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiono celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu.

.....  
Pieczętka i podpis przeprowadzającego zabieg

Po rozmowie z lekarzem, podczas której mogłam zadawać pytania i otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu.

Imię i nazwisko pacjenta ..... PESEL .....

.....  
Data i podpis pacjenta