



SAMTYCKEFORMULÄR

FÖR BEHANDLING AV KOLLAGENTRÅDAR

LÄS DOKUMENTET NOGGRANT OCH UNDERTECKTER DET!

En kollagenrådsbehandling får endast utföras om det inte finns någon indikation på det kontraindikation finns. Därför är sanningsenliga svar på följande frågor en förutsättning för att genomföra behandlingen. Behandling sker på egen risk.

Datum:

Personnummer:

Mobil:

Namn:

Mailadress:

Gatuadress:

Postadress:

Är en av följande situationer närvarande:

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Graviditet | Blödande sjukdom |
| <input type="checkbox"/> Autoimmun sjukdom | Epilepsi |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva medel | Hepatit sjukdom |
| <input type="checkbox"/> Blodförtunnande behandling | Hudsjukdom |
| <input type="checkbox"/> Kronisk sjukdom | Kortisonbehandling |
| <input type="checkbox"/> Feberinfektioner | Allergier |
| <input type="checkbox"/> Hyaluron | Akut sjukdom |
| <input type="checkbox"/> Kirurgiskt ingrepp | Immunbristsjukdom |
| <input type="checkbox"/> Immunsuppression | Eller liknade sjukdom _____ |

Anmärkingar om ovanstående:

Underskrift:
