



**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI TRATTAMENTO EPILATORIO CON LASER**

Nome e Cognome:

Data di Nascita:

Indirizzo:

Si specifica quanto segue:

- 1- Lo scopo dei trattamenti è quello di ridurre o di eliminare i peli superflui, escluso il vello.
- 2- Il risultato finale può essere diverso da soggetto a soggetto ed è indipendente dal sistema di epilazione
- 3- Durante l'esecuzione dei trattamenti è obbligatorio indossare appositi occhiali di protezione
- 4- L'energia luminosa utilizzata nel trattamento viene assorbita dal follicolo pilifero e può dare talune reazioni tipo: rossore, orticaria follicolare, discromie cutanee
- 5- Il numero dei trattamenti non è stabilito a priori, ma secondo le esigenze del caso trattato
- 6- Ci si deve attenere all'utilizzo dei prodotti consigliati per il trattamento durante tutto il periodo
- 7- L'utilizzo di farmaci fotosensibilizzanti durante il periodo dei trattamenti deve essere comunicato a priori
- 8- Disarmonia ormonale e variazioni di peso possono compromettere i risultati epilativi
- 9- L'esposizione al sole prima e dopo il trattamento aumenta il rischio di discromie cutanee
- 10- Sono disposta/o a farmi fotografare nelle varie fasi del trattamento per poter effettuare dei confronti
- 11- Mi impegno a rispettare il programma definito per evitare eventuali alterazioni nel risultato finale e dichiaro di aver avuto la possibilità di leggere quanto sopra esposto, e di aver potuto richiedere ulteriori informazioni.
- 12- Autorizzo il centro ad effettuare il trattamento di epilazione sulla mia persona.

- ACCONSENTO
- NON ACCONSENTO

Firma cliente: \_\_\_\_\_ . Firma operatore: \_\_\_\_\_

Locarno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_