



## KUNDINFORMATION

Namn: .....  
Adress: .....  
Postnr: ..... Postadress: .....  
Tfn: ..... Mail: .....

ANAMNES		Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej
Gravid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormonförändringar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan åkomma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psoriasis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumör/Cancer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
Eksem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blodsmitta (Herpes, HIV, Hepatit):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
Keloidanlag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hudinfektion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			

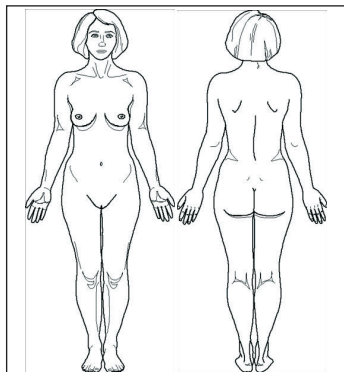
**MEDICINER** (Inkl. Alvedon, Magneacyl och Antiinflammatoriska medel)  Ja  Nej

Hudtyp enligt Fitzpatrick: I:..... II:..... III:..... IV:..... V:..... VI:.....

Ljusåldrande enligt Glogau:  Lätt  Måttlig  Långt framskriden  Svår

**HEMVÅRDSREKOMMENDATIONER:**  
.....  
.....  
.....

**MEDICINSKA NOTERINGAR:**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



DATUM	SILVER/GOLD TIP	INSTÄLLNING	KOMMENTAR

# KUNDDEKLARATION

## 1. KONTRAINDIKATIONER

I följande fall ska inte JETT Plasma-behandling utföras

- Pacemaker, Holter blodtrycksmätare, ECG eller andra elektriska implantat
- Epilepsi
- Graviditet
- Epilepsi
- Metallimplantat
- Närvaro av Herpes simplex i behandlingsområdet
- Nyligen utförda (2-6 månader) gjorda kirurgiska ingrepp (fettsugning, ögonlockskirurgi/ögonlyft, etc.) i behandlingsområdet
- Immunsänkande och blodårbenägna sjukdomar

## 2a. INDIKATIONER

### JETT PLASMA - SILVER

- Effektiv/långtidsverkande Hudrevitalisering
- Lift & Tight huduppstramning
- Reducering av rynkor och linjer
- Jämnare hudton (pigmentreducering)
- Reducering av bristningar och ärr

## 2b. INDIKATIONER

### JETT PLASMA - GOLD

#### ÖGONBEHANDLING

- Blefaroplasik (Ögonlyft)
- Rynkreducering
- Vävnadsuppstramning

#### KÄRLBEHANDLING

- Teleangiektasier
- Hemangiom
- Angioma (senilis, lymf)

#### PIGMENTBEHANDLING

- Hyperpigmentering
- Ljusåldrad hud

### YTLIGA DYSKROMIER

- Fibrom
- Lentigo
- Keratoser (aktinska, angionoma, sebbore, senile)
- Xanthelasma
- Syringom
- Verrucor (planae, seborroisk, vulgaris, filliformes)
- Naevi (kapilaris, araneus)
- Cicatrix
- Granulom
- Milier
- Sebaceous Hyperplasi

## 3. HANDHAVANDE

- Du kan själv förstärka behandlingsresultatet genom den anpassade sterilpackade hudvården TEBISKIN®
- Varje JETT Plasma-behandling skraddarsys med utrustningens olika munstycken som matchar behandlingsindikationen
- Följ noga de instruktioner kliniken ger Dig och använd inte andra preparat än vad som föreskrivs till behandlingen
- Kontakta omedelbart kliniken om oväntade biverkningar uppstår eller om Du har frågor
- Undvik UV-exponering i samband med behandling
- Klinikern har upplysts om min anamnes och tagit hänsyn till ev. kontraindikationer
- Klinikern har upplysts om ev medicinintag som kan påverka behandlingen
- Klinikern har gått igenom behandlingsindikationer och kontraindikationer

**Jag har tagit del av ovanstående information och till fullo förstått den.  
Jag önskar erhålla JETT Plasma-behandling på egen fri vilja och på eget ansvar.  
Jag tillåter att kliniken sparar denna kunddeklaration tills behandling/kur är slutförd.**

Namn: .....

Datum: .....Signatur: .....

Kliniken som utfört kunddeklarationen: .....

Handhavare som utfört kunddeklarationen: .....