

LAZER UYGULAMA ONAM FORMU

- 1- Doktorum lazer tedavisinin amaçlarını hastalığım için alternatif tedavi yöntemlerini açıkladı.
- 2- Lazer tedavisinde aşağıda kısaca belirtilen konularda bilgilendirildim.
 - a) Lazer tedavisinin genelde birkaç seans uygulaması gerektiği
 - b) Tedavilerin 6-8 hafta aralıklarla yapılması gerektiği
 - c) Genellikle böcek ısırması veya iğne batması gibi bir ağrı görüldüğü
 - d) Gerekirse topikal veya lokal anestezi yapılabileceği
 - e) Tedavi sonrası şişme, morarma, kabuklanma görüldüğü 2-3 hafta devam ettiği
 - f) Hastaların 6 ay boyunca takibinin gerektiği
 - g) Tedavinin varolan şikayetleri tümüyle yok olmasını garantilemediği
 - h) Deride değişiklik, infeksiyon, dispigmentasyon (lezyon çevresinde açıklık veya koyuluk) tedavi sırasında kullanılan merhemlere karşı alerjik reaksiyon görülebileceği anlatıldı.
- 3- Doktorumun yetkisi, gözlemi ve yöntemi altında hastalığım veya tıbbi durumum için lazer tedavisinin üzerimde / vekili olduğum hasta üzerinde gerçekleştirilmesine izin veriyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Hastanın İmzası:

Doktor:

(veya hastanın ebeveyni/yasal temsilcisi)

Tank