

# INFORMOVANÝ SOUHLAS S OŠETŘENÍM

## IPL EPILACE (Intense Pulsed Light)

**Jméno a příjmení klienta:** .....

**Datum narození:** .....

**Adresa:** .....

**Telefon / e-mail:** .....

**Ošetřovaná oblast:** .....

**Datum ošetření:** .....

### 1. Informace o zákroku

IPL epilace je neinvazivní metoda dlouhodobé redukce chloupků pomocí intenzivního pulzního světla. Světelná energie je absorbována pigmentem v chloupku a následně dochází k postupnému oslabení vlasového folikulu.

Pro dosažení optimálního výsledku je nutná série několika ošetření (obvykle 6–8) v pravidelných intervalech.

### 2. Možné reakce po ošetření

Byl/a jsem informován/a, že po zákroku se může objevit:

- přechodné zarudnutí
- mírný otok
- pocit tepla nebo pálení
- zvýšená citlivost pokožky
- dočasné pigmentové změny (vzácně)

Tyto projevy obvykle odezní během 24–72 hodin.

### 3. Kontraindikace

Prohlašuji, že netrpím žádným z následujících stavů:

- těhotenství
- aktivní kožní infekce v místě ošetření
- čerstvé opálení (poslední 2 týdny)
- epilepsie
- onkologické onemocnění
- poruchy hojení

užívání fotosenzitivních léků

keloidní jizvy

Pokud ano, uveďte jaké: .....

## 4. Prohlášení klienta

Prohlašuji, že:

- jsem byl/a plně informován/a o průběhu ošetření, jeho účinku a možných rizicích
- jsem uvedl/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu
- jsem byl/a poučen/a o nutnosti vyhnout se slunění před i po zákroku
- jsem si vědom/a, že výsledek je individuální a závisí na typu pokožky a chloupků

Souhlasím s provedením IPL epilace a potvrzuji, že jsem měl/a možnost klást otázky.

**Podpis klienta:** .....

**Podpis ošetřující osoby:** .....