

CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO CRIOLIPOLISI SELETTIVA

Trattamento di Medicina Estetica che tende a rimodellare i contorni corporei impiegando l'azione del freddo.

Il trattamento è funzionale nelle seguenti zone:

ADDOME, FIANCHI, INTERNO COSCE, INTERNO DEL GINOCCHIO, CULOTTE DE CHEVAL, (BRACCIA)

Vi preghiamo di leggere con attenzione queste note al fine di garantire il miglior risultato del trattamento ed essere informati su eventuali controindicazioni o effetti collaterali.

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di:

1. Non avere pacemaker
2. Non avere sindrome metabolica
3. Non essere sottoposto a Trattamenti con anticoagulanti maggiori (esempio. warfarin sodico) • Non avere crioglobulinemia
4. Non essere in stato di gravidanza né in fase di lattazione
5. Non avere lesioni cutanee in atto
6. Non avere dermatiti di vario tipo in atto
7. Non avere tumori cutanei nella sede del trattamento
8. Non avere lesioni neurologiche nella sede del trattamento
9. Non avere ecchimosi o di ematomi nella sede di trattamento.

NOTA BENE:

I soggetti affetti dalle patologie sopra riportate non possono essere trattati, salvo diversa indicazione medica.

Prima di effettuare il trattamento è necessario attenersi scrupolosamente a tutte le istruzioni fornite dal nostro personale. Chi si sottopone al trattamento dovrà

immediatamente segnalare all'operatore ogni sensazione fastidiosa che possa intervenire.

L'esito del trattamento dipende anche dalla Vostra collaborazione. Grazie!

Privacy e GDPR

1) Ai sensi della legge sulla Privacy (n°675del31.12.1996 e successive modifiche) e del General Data Protection Regulation europeo Gdpr n°679/2016 entrato in vigore il 25 maggio del 2018) conferisco il consenso ad effettuare su di me fotografie e/o riprese video prima, durante e dopo il trattamento, che saranno archiviate anche in vista delle successive visite di controllo per poter valutare l'evoluzione dell'intervento, dei processi di guarigione. Questo conferimento di consenso all'utilizzo dei dati è indispensabile per poter usufruire delle prestazioni.

2) Ai sensi della suddetta legge sulla Privacy (n° 675 del 31.12.1996 e successive modifiche) e del General Data Protection Regulation europeo Gdpr n°679/2016 entrato in vigore il 25 maggio del 2018) consento l'utilizzo delle suddette fotografie per scopi scientifici per congressi medici, pubblicazioni a mezzo stampa ed anche digitale, su siti internet, per utilizzo con finalità divulgativo, didattiche, scientifiche con la garanzia dell'anonimato. Questo conferimento di dati è facoltativo e l'autorizzazione è revocabile con le modalità e forme e i limiti di cui al regolamento per la tutela della privacy adottato dallo studio consultabile presso la Direzione della struttura ed è regolato dal consenso sul trattamento dei dati da me già sottoscritto.

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di aver letto e compreso in ogni sua parte quanto da me sottoscritto, dopo esserne stata/o dettagliatamente informata/o dall'operatore che effettua il trattamento.

Io sottoscritto/a

Codice Fiscale

Milano, data

Firma del paziente

Per specifica accettazione ed autorizzazione del punto n°2 del presente documento relativo alla legge sulla Privacy (n° 675 del 31.12.1996 e successive modifiche) e del General Data Protection Regulation europeo Gdpr n°679/2016 entrato in vigore il 25 maggio del 2018) regolato in base al consenso per la tutela della privacy e la protezione dei dati da me sottoscritto.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Firma del paziente

Firma del medico