

CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO HIFU (Ultrasuoni Focalizzati ad Alta Intensità)

Il trattamento con gli Ultrasuoni Focalizzati ad Alta Intensità ha come obiettivo quello di stimolare la rigenerazione delle fibre di collagene ed elastina che si trovano nel sistema muscolo aponeurotico superficiale (SMAS) nel viso e nel collo, ed avere un'azione rimodellante nelle zone del corpo.

Il trattamento con Ultrasuoni Focalizzati è funzionale nelle seguenti zone:

VISO (palpebre escluse), COLLO e CORPO

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 essere portatore di pace maker, defibrillatori e/o altri apparecchi non removibili
2. Non avere acne in fase attiva nelle zone da trattare
3. Non avere placche di osteosintesi, filler dermici, cheloidi esistenti nelle zone da trattare
4. Non essere sottoposto ad un piano di trattamento anticoagulante
5. Non essere in stato di gravidanza né in fase di lattazione
6. Non avere disturbi emorragici o disfunzioni emostatiche
7. Non avere malattie della pelle sistemiche o locali attive che potrebbero alterare la guarigione delle ferite
8. Non avere herpes simplex
9. Non avere la paralisi di Bell

NOTA BENE:

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

Chi si sottopone al trattamento dovrà immediatamente segnalare all'operatore ogni sensazione di fastidio rilevante e non sopportabile.

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