

KÉRDŐÍV LÉZER KEZELÉSRE VÁRÓ BETEGEK RÉSZÉRE

Név: _____ Kor: _____

Születési idő: _____ Lakóhely: _____

TAJ: _____ Elérhetőség, telefon, e-mail: _____

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre a megfelelő válasz bekarikázásával:

Kezelendő elváltozás típusa:	visszér	bőrelváltozás			
Kezelendő terület:	comb	lábszár	bokatáj	arc	egyéb: _____
Van-e panasa az érintett területen:			igen		nem
Mióta észleli az elváltozást:	_____				
Korábban volt-e a műtéti beavatkozás a kezelendő területen:			igen		nem
Történt-e korábban lézeres kezelés:			igen		nem
Történt-e korábban injekciós kezelés:			igen		nem
Volt-e mélyvénás thrombosisa:			igen		nem
Van-e valamilyen bőrbetegsége:			igen		nem
Kezelik-e szívbetegség miatt:			igen		nem
Tud-e daganatos megbetegedésről:			igen		nem
Vannak-e érszűkületes panaszai:			igen		nem
Van-e valamilyen vérképzőszervi megbetegedése:			igen		nem
Szedett gyógyszerek:	_____				

Gyógyszerallergia: nem igen: _____

Napoztatta-e a kezelendő területet az elmúlt 3 hétben: igen nem

Hozzájárulok, hogy adataimat név nélkül, tudományos célból felhasználják, hozzájárulva ezzel a lézer kezelés további fejlesztéséhez. Az aláírás alatti kérdésekre a kezelést végző orvos válaszol.

Budapest, 2010. _____

Beteg: _____

Bőrtípus:	I	II	III	IV	
Történt-e hűtés a beavatkozás előtt és után:				igen	nem
Elváltozás típusa:	red	blue	violet	micro varix	bőrelváltozás: _____
Alkalmazott terapia:	Zoom handpiece	0,5	1,0	Fiber 200 um	
Alkalmazott lézer energia:	_____ w	in: _____ ms	out: _____ ms		
Beavatkozás teljes időtartama:	_____ perc				
Kezelt terület nagysága:	_____ cm ²		Kezelt ágak hossza: _____ cm		
Fotodokumentáció sorszáma:	_____				
Fájdalom megítélése:	nincs	2	3	4	erős
Van-e fájdalma a beavatkozás után:				igen	nem