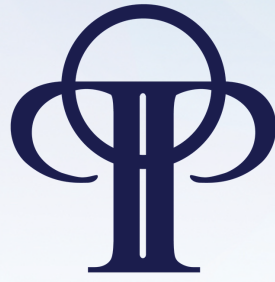




C I R C A D I A[®]

1. Jag, _____, förstår att SWiCH behandlingen är avsedd att förbättra min hudkvalité. Jag förstår att behandlingen har studerats noggrant och att kliniska prövningar har utförts på olika hudtyper och att resultaten kan variera beroende på min egen hudtyp och min hudkvalité.
2. Jag intygar att informera om mitt fysiska tillstånd, graviditet, mediciner som jag använder och min nuvarande hudvård. Jag är medveten om att min livsstil som inkluderar rökning, exponering av föroreningar, solning, överdriven alkoholkonsumtion och vissa mediciner, kommer att påverka och minska effektiviteten och resultaten av SWiCH behandlingen.
3. Jag är medveten om att jag kan uppleva möjliga kortvariga effekter som rodnad, mild svidande känsla, ev flagning, känsla av stramhet och akneliknande utbrott under dagarna efter behandlingen.
4. Jag förstår att det finns en möjlighet till sällsynta biverkningar. Om jag upplever en reaktion på denna behandling så vet jag om att jag behöver kontakta min hudterapeut direkt för hjälp.
5. Om jag har några frågor angående behandlingen eller eftervården så ska jag kontakta min hudterapeut för rådgivning.
6. Jag förstår att jag kommer att få produkter av hudterapeuten efter behandlingen med skriftliga och/eller muntliga instruktioner för användning av dessa produkter. De kliniskt visade positiva resultaten av SWiCH behandling är med dessa produkter.
7. Jag har förstått kontraindikationerna och intygar att jag inte har några av dessa.



C I R C A D I A[®]

Kontraindikationer:

- Allergi mot asprin (tex Ibuprofen) eller salicylsyra känslighet
- Allergi mot citrusfrukter (apelsin, grapefrukt, citron)
- En extremt reaktiv eller känslig hud
- Gravid eller ammande
- Antibiotika (topisk eller invärtes)
- Roaccutan eller isotretinoin senast 12 månaderna
- Laseroperation i det behandlade området senaste 12 veckorna
- AHA/BHA produkter senaste 4 veckorna
- Retinoler senaste 4 veckorna
- Skadad eller sårig hud i det behandlande området
- Synlig inflammation
- Kemisk peel senaste 8 veckorna
- Herpesvirus runt munnen
- Laser/ IPL hårborttagning senaste 6 veckorna
- Pågående strålbehandling (vänta 6 månader)

INFORMERAT SAMTYCKE

Jag förstår att det kan behövas flera behandlingar för att uppnå resultat. Jag godkänner att terapeuten tar före och efter kort för att ha som dokumentation av mina behandlingar.

Jag intygar att jag har läst och förstår de ovanstående punkterna och att jag har haft tillräckligt med möjlighet att diskutera frågor och funderingar.

Kundens underskrift: _____

Datum: _____

Hudterapeut: _____

Datum: _____