



Namn	
Personnummer	
Adress	
Telefon	
E-mail	

**JOURNAL FÖR
ESTETISKA BEHANDLINGAR**

Sjuksköterska	
Ansvarig läkare	



Datum	Preparat	Markera
	Botulinum Toxin Typ A	
	Fillers	
	Annat	

Batchnr	Klistra här
---------	-------------

Anteckningar

Övrigt



Datum	Preparat	Markera
	Botulinum Toxin Typ A	
	Fillers	
	Annat	

Batchnr	Klistra här
---------	-------------

Anteckningar

Id kontroll och patientmedgivande

ID-handling	Körkort	Pass	Annat
sign			

Personnr	
Namn	
Adress	
Telefonnummer	
E-mail	

JOURNAL

Tidigare estetiska behandlingar	JA	NEJ	Om "JA" - när?
Botulinum toxin			
Fillers			
Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar?			
Annat	JA	NEJ	Om "JA" - när?
Diabetes Mellitus			Herpes
Högt blodtryck			Hjärtsjukdom
Allergi			Lungsjukdom
Blodsmitta			Hudsjukdom
Akne			Allergier

Viktiga frågor	JA	NEJ
Är du gravid eller Ammande?		
Druckit alkohol senaste dygnet?		
Tagit smärtstillande mediciner senaste 48h?		

Tar du några läkemedel?	JA	NEJ
Om "JA"		
Läkemedel	Styrka	Dosering

Jag är minst 18 år gammal	JA	NEJ

<u>Patientmedgivande</u>	Signatur
Jag har fått information om: Behandlingen och kontraindikation. Jag förstår att resultatet inte kan garanteras. Varaktighet av behandlingseffekten kan vara kortare eller längre än angiven tidsperiod.	Namnförtydligande
Jag intygar att jag har fått all information kring behandling och Samtycker till behandlingen genom signering.	Ort och Datum