

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat kryotherapiáról

Tisztelt Betegünk!

Az Ön bőrbetegségét hideg által kiváltott roncsolás útján kívánjuk kezelni. A hideg hatás helyén kialakult szövetelhalás néhány nap múlva gyulladás, hólyagképződés tüneteivel jelentkezik. A teljes gyógyulás időtartama kb. 2-3 hét. Ezen idő alatt az orvos által javasolt kötések használata szükséges.

A kezelés helyén hypopigmentáció (körülrít világos folt), heg, átmeneti, ritkán tartós érzészavar maradhat vissza.

A kryotherápiás kezelésbe beleegyezem.

Dátum

.....
beteg aláírása

.....
orvos aláírása