



PATIENTINFORMATION

Originallet Dermapen™ är ett varumärke och synonymt med avancerad microneedling behandling som på ett helt naturligt sätt ökar hudens kollagenproduktion. Microneedling har blivit en alltmer populär behandlingsmetod för en rad olika hudproblem. Dermapen orsakar en kontrollerad skada i huden med hjälp av nålar. Som en naturlig reaktion på nålningen vill kroppen reparera skadan. Den börjar producera nytt kollagen och det bildas även nya kapillärer i huden. Resultatet blir en föryngring av huden samt en förbättring av hudens struk-tur och kondition. En Dermapenbehandling kan utföras på alla hudtyper/hudfärger.

Med sin unika vertikala teknik, 16 tunna sterila engångsnålar, en stark motor och en automatiskt vibrerande funktion, skapar Dermapen upp till 1920 mikrokkanaler i huden per sekund. De behandlingspreparat man använder kan därför effektivt penetrera huden för optimalt upptag och effekt.

Dermapen var den första microneedlingspennan på marknaden och är fortfarande marknadsledande världen över.

INSTRUKTIONER

Direkt efter behandlingen syns endast en lätt rodnad. Följande reaktioner är vanliga efter en Dermapenbehandling, beroende på hur djupt man har behandlat:

Upp till 24 timmar: lätt rodnad, lätt svullnad
1-2 dagar: lite stickigt, lite torr och uppstramad

2-3 dagar: lätt fjällning hos några, men inte alla

3-4 dagar: huden kan upplevas mycket torr

Ca en vecka efter behandling: helt återställd och normal funktion i huden

En behandling/kur kan vanligtvis omfatta 1-8 behandlingar som utförs med 2-8 veckors mellanrum, beroende på vilken hud och indikation som behandlas.

Följ noga de instruktioner behandlaren ger dig och använd inte andra preparat än vad som föreskrivits till och efter behandlingen.

Kontakta omedelbart kliniken om oväntade biverkningar uppstår eller om du har frågor.

Efter avslutad behandling är det av ytterst vikt att skydda huden. 48 timmar (två dygn) efter behandlingen ska du undvika följande:

- Tvätta det behandlade området (12h)
- Make-up (12h)
- Direkt UV-exponering (sol eller solarium). Använd alltid solskydd, även en molnig dag
- Hård fysisk träning
- Varma bad, jacuzzi eller bastu
- Swimmingpool/klorvatten eller bad i havet
- Andra hudvårdsbehandlingar eller estetiska behandlingar
- Brun-utan-sol
- Tatuering, färgning eller vaxning på det behandlade område

Du får inte använda produkter innehållande AHA, BHA eller PHA-syror, retinoider, bensoylperoxid, alkohol eller hydrokinon minst en vecka efter behandlingen.

HÄLSODEKLARATION

För- och efternamn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer, ort: _____

Mobilnr: _____

Mejladress: _____

Har du genomgått någon av följande behandlingar, eller andra estetiska behandlingar?

Ansiktsbehandling **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

Botox **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

Diatermi **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

Filler/injektioner **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

Kemisk peeling **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

Microdermabrasion **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

Laser/IPL **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

Tatuering, inkl. kosmetisk **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

Trådlyft **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

Annan behandling **NEJ** **JA** Om ja, när? _____

... HÄLSODEKLARATION

Ringa in om något nedan stämmer överens med dig:

Akne	Dermatit	Eksem	Herpes Simplex	Kosttillskott
Psoriasis	Rosacea	Autoimmun sjukdom	Blodsjukdom	Preventivmedel
Pigmentering	Diabetes	Mediciner	Hormon-rubbningar	Gravid/ammar
Klimakteriet	Allergier	Hudcancer	Blödarsjuka	Övrigt

Om du ringat in ett eller flera fält ovan, berätta mer detaljerat nedan:

Daglig hudvårdsrutin och produkter hemma

Godkännande

Jag har upplyst kliniken om min anamnes och fyllt i hälsodeklarationen.

Kliniken har gått igenom behandlingsindikationer och kontraindikationer.

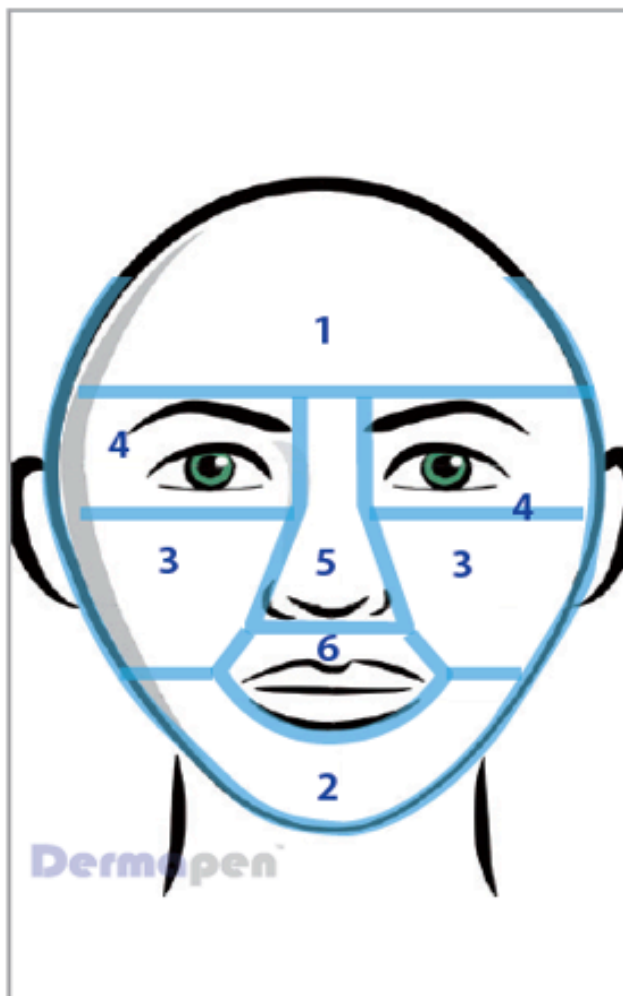
Jag är medveten om att behandlingsresultaten varierar och är individuella.

Jag bekräftar här med att ovanstående information stämmer och så vitt jag vet inte utesluter någon information som kan vara relevant för min behandling. Jag har tagit del av ovanstående information och till fullo förstått den. Jag önskar erhålla behandling på egen fri vilja och på eget ansvar.

Datum: _____ Signatur: _____

Behandlare: _____

JOURNALKOKUMENT



FACE REGION	NEEDLE DEPTH	OSCILLATION SPEED
1. Forehead		
2. Chin & Jawline		
3. Cheeks		
4. Peri-orbital		
5. Nose		
6. Peri-oral		
OTHER REGION	NEEDLE DEPTH	OSCILLATION SPEED
Neck		
Chest/ décolletage		
Head		
Thighs		
Buttocks		
Abdomen		
Hips		
Breasts		
Back		
Arms		
Legs		

BEHANDLINGSPLAN

Behandling nummer 1 - övriga kommentarer, mål etc: _____

Behandling nummer 2 - övriga kommentarer, mål etc: _____

Behandling nummer 3 - övriga kommentarer, mål etc: _____
