Dermapenworld™

ORIGINAL • TRUSTED • AUSTRALIAN

PATIENTINFORMATION

Den originale Dermapen™ er en avanceret microneedlingbehandling, som på en helt naturlig måde øger hudens kollagenproduktion. Microneedling er en behandlingsmetode, hvis popularitet er i kraftig vækst inden for en række forskellige hudproblemer. Dermapen forårsager ved hjælp af nåle en kontrolleret skade i huden. Som en naturlig reaktion på dette, vil kroppen reparere skaden. Den begynder at producere nyt kollagen, og der dannes også nye kapillærer i huden. Resultatet bliver en foryngelse af huden samt en forbedring af hudens struktur og tilstand. En Dermapenbehandling kan udføres på alle hudtyper/hudfarver.

Med sin unikke vertikale teknik, 16 sterile engangsnåle, en stærk motor og en automatisk vibrerende funktion laver Dermapen op til 1920 mikrokanaler i huden pr. sekund. De behandlingspræparater, der anvendes, kan derfor effektivt trænge ind i huden med optimal optagelse og effekt som resultat.

Dermapen var den første microneedlingpen på markedet og er stadig førende på verdensmarkedet.

INSTRUKTIONER

Lige efter behandlingen ses kun en let rødme. Følgende reaktioner er normale efter en Dermapenbehandling afhængig af, hvor dybt man har behandlet:

Op til 24 timer: Let rødme, let hævelse

1-2 dage: Lidt tør og stram hud

2-3 dage: Let skallende hos nogle, men ikke alle

3-4 dage: Huden kan opleves meget tør

Ca. en uge efter behandling: Helt genoprettet og normal funktion i huden

En behandling/kur omfatter normalt 1-8 behandlinger, som udføres med 2-8 ugers mellemrum, afhængig af hvilken hud og indikation, der behandles.

Følg nøje din behandlers instruktion og anvend ikke andre præparater end de foreskrevne i forbindelse med og efter behandlingen.

Kontakt klinikken med det samme, hvis du har uventede bivirkninger eller spørgsmål.
Efter endt behandling er det yderst vigtigt at beskytte huden!

12 timer efter behandling skal du undgå følgende:

- Ingen vask af det behandlede område
- Ingen Makeup

48 timer (to døgn) efter behandlingen skal du undgå følgende:

- Direkte UV-eksponering (sol eller solarium). Brug beskyttelse også når det er overskyet.
- Hård fysisk træning
- Varmt bad, jacuzzi eller sauna
- Pool/klorvand eller bad i havet

Vent en uge med følgende:

- Andre hudplejebehandlinger
- Selvbruner
- Tatovering, farvning eller voksbehandling af det behandlede område

Undgå produkter med AHA-, BHA- eller PHA-syre, retinoider, benzoylperoxid, alkohol eller hydrokinon i minimum en uge efter din Dermapenbehandling.

Dermapenworld
ORIGINAL • TRUSTED • AUSTRALIAN

HELBREDSOPLYSNINGER

For- og efternavn _____

CPR-nummer _____

Adresse _____

Postnummer og by _____

Mobilnr _____

Email _____

Har du fået foretaget følgende behandlinger/andre typer af kosmetiske behandlinger?

Ansigtsbehandling	**NEJ**	**JA**	Om ja, når? _____
Botox	**NEJ**	**JA**	Om ja, når? _____
Diatermi/Epilering	**NEJ**	**JA**	Om ja, når? _____
Filler/Injektioner	**NEJ**	**JA**	Om ja, når? _____
Kemisk peeling	**NEJ**	**JA**	Om ja, når? _____
Diamantslipning/ Microdermabration	**NEJ**	**JA**	Om ja, når? _____
Laser/IPL	**NEJ**	**JA**	Om ja, når? _____
Tatovering inkl. kosmetisk	**NEJ**	**JA**	Om ja, når? _____
Anden behandling	**NEJ**	**JA**	Om ja, når? _____

Dermapenworld
ORIGINAL • TRUSTED • AUSTRALIAN

... HELBREDSOPLYSNINGER

Markér med en cirkel, hvis en eller flere af nedenstående passer på dig:

Akne	Udslæt	Eksem	Herpes Simplex	Kosttilskud
Psoriasis	Rosacea	Autoimmun sygdom	Blodsygdom	Prævention
Pigmentering	Diabetes	Medicinsk behandling	Hormon-forstyrrelser	Gravid/ammer
Overgangsalder	Allergier	Hudkræft	Blødersygdom	Andet

Uddyb nedenfor, hvis du har sat cirkel om et eller flere felter

_____

_____

_____

_____

Daglig hudplejerutine og produkter hjemme

_____

_____

_____

_____

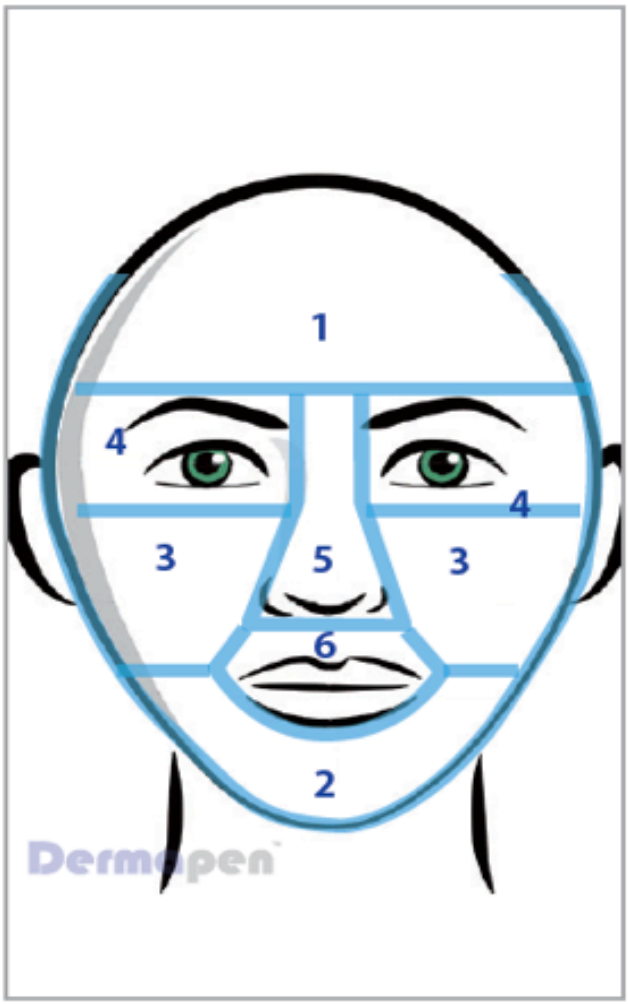
Godkendelse

Jeg har oplyst klinikken om min sygehistorie og udfyldt helbredserklæringen. Klinikken har gennemgået behandlingsindikationer og kontraindikationer med mig. Jeg er blevet oplyst om, at behandlingsresultater kan variere og er individuelle. Jeg bekræfter hermed, at ovenstående information er korrekt, og at jeg så vidt jeg ved ikke har udeladt information, der kan være relevant for min behandling. Jeg har medvirket til at udarbejde og forstår til fulde ovenstående information. Jeg ønsker af egen fri vilje og på eget ansvar at modtage behandling.

Dato _____ **Underskrift** _____

Behandler _____

JOURNAL



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 1 - øvrige kommentarer, mål etc: _____

_____

_____

Behandling 2 - øvrige kommentarer, mål etc: _____

_____

_____

Behandling 3 - øvrige kommentarer, mål etc: _____

_____

_____