

## CONSENSO AL TRATTAMENTO CON RADIOFREQUENZA

Data \_\_\_\_\_

Il trattamento con apparecchiatura a RADIOFREQUENZA MONOPOLARE SW-D ha come obiettivo quello di innalzare la temperatura del tessuto connettivo fino a circa 40°C attraverso l'emissione di calore e l'utilizzo di onde radio. La riattivazione dei fibroblasti permette di produrre nuovo collagene e nuova elastina.

Questo procedimento consente di attenuare le rughe e i segni dell'invecchiamento cutaneo donando alla pelle un effetto lifting del tutto naturale. Il sistema provoca solo una leggera sensazione di calore; i soggetti che si sottopongono a radiofrequenza possono tornare subito alle loro normali attività. Il risultato ottenibile è quello di una pelle più elastica e giovane.

La metodica **PREVEDE** il trattamento delle seguenti zone:

**VIISO (palpebre escluse), COLLO, ADDOME, FIANCHI, COSCE, GLUTEI, BRACCIA**

**NON PREVEDE** il trattamento delle seguenti zone:

**PALPEBRE**

VI PREGHIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE QUESTE NOTE AL FINE DI GARANTIRE IL MIGLIOR RISULTATO DEL TRATTAMENTO ED ESSERE INFORMATI SU EVENTUALI CONTROINDICAZIONI O EFFETTI COLLATERALI.

Dichiaro sotto la mia responsabilità di **NON**:

- Essere cardiopatico;
- Essere portatore Pace-maker o congegni elettronici di vario genere;
- Essermi mai sottoposto a trapianto di qualsiasi genere;
- Essere portatore di qualunque tipo di protesi
- Essermi mai sottoposto a interventi chirurgici per cause tumorali

L'elenco degli studi presso cui la Dott.ssa Stefania Miglietta riceve è disponibile in VISITE e CONTATTI

Prima di effettuare il trattamento è necessario attenersi scrupolosamente a quanto indicato e, in ogni caso, a seguire tutte le istruzioni fornite dallo specialista di fiducia. Durante il trattamento può capitare di veder affiorare piccoli capillari, macchie cutanee (arrossamenti, bruciore, piccole escoriazioni) risolvibili in alcuni giorni. In caso di comparsa è opportuno rivolgersi allo specialista di riferimento. L'esito del trattamento dipende anche dalla vostra collaborazione. Grazie.

DATA E LUOGO

Firma del Paziente

Firma del Medico

---

---