



Hälsodeklaration och behandlingsmedgivande inför behandling med Cavi-Lipo

Centrum för Ekologisk Medicin
Nordostpassagen 27
41311 Göteborg

Jag försäkrar att jag

- 1) är **över 18 år** (Underåriga behandlas endast efter särskild prövning och med målsmans godkännande o närvaro.)
- 2) **inte är gravid**, och vid behov löpande under behandlingsperioden försäkrar mig om detta genom graviditetstest
- 3) inte har några **implantat** av främmande material i min kropp, pacemakers, etc
- 4) inte lider av eller har anledning misstänka mig lida av något av följande **sjukliga tillstånd**
 - arteriell eller venös hjärt-kärl-sjukdom, cirkulations- eller hjärtsvagheter, höga blodfetter, högt blodtryck, åderbråck, förhöjd risk för blodproppar, blödning etc
 - njursjukdom eller i övrigt nedsatt njurfunktion
 - hudsjukdom, hudinfektion, kontaktallergi
 - cancer
 - hormonellt betingad ämnesomsättningsrubbing
 - anorexi
 - annan väsentlig hälsostörning
 - eller regelbundet använder receptbelagda eller receptfria mediciner eller andra droger

med undantag av följande:.....

.....

5) har mottagit den **information** om Cavi-Lipo-metoden och andra vikt- och fettreduceringsmetoder som jag anser mig behöva. Jag medger behandling enligt denna metod. Jag är medveten om att borttagna fettceller vanligen ej återkommer, och **delar ansvaret** för att övervaka att behandlingen sker i enlighet med de önskemål jag uttryckt och de försiktighetsåtgärder som överenskommit. Jag är medveten om att full effekt av CL-behandlingen kräver kraftfull motion, ex **rask promenad, under ca 30 min efter** behandlingen. Jag är också medveten om att optimal hälsa och kroppsvikt förutsätter **anpassade kost- och motionsvanor**, för vilka jag ensam bär ansvar.

- 6) **inte tidigare genomgått fettsugning** eller motsvarande behandling (undantag:.....)
- 7) medger **fotografering och datalagring** av tagna foton och övriga uppgifter för dokumentationsändamål

Min vikt datum..... / :.....kg... Längd:.....cm

Göteborg Datum;.....

Övriga åtgärder för viktminskning och fettreduktion;

Underskrift.....

Kost:.....

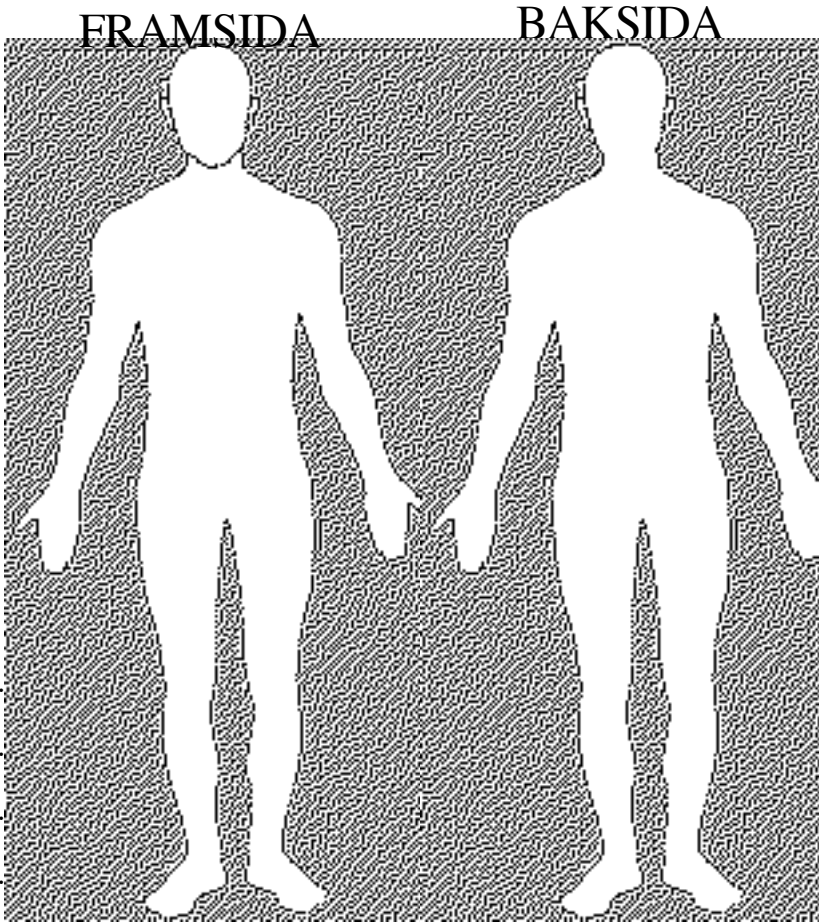
Namn.....

Motion o träning.....

Personnr.....

Annat:.....

CEMG:s anteckningar:



Vikt datum..... /.....kg.

Önskad fett/vikt-minskning..... kg

Kroppskarta och behandlingsönskemål (skiss)

Viktiga mått att följa under behandlingen

A:..... :cm

B:..... :cm

C:..... :cm

Försiktighetsåtgärder under behandlingen

.....
.....
.....
.....

Behandlingsplan och -rapport

Beräknat antal behandlingsomgångar:

Datumkl..... Sign.....

Anteckn.....Vikt:.....Mått A.....B.....C.....

Datumkl..... Sign.....

Anteckn.....Vikt:.....Mått A.....B.....C.....

Datumkl..... Sign.....

Anteckn.....Vikt:.....Mått A.....B.....C.....

Datumkl..... Sign.....

Anteckn.....Vikt:.....Mått A.....B.....C.....

Datumkl..... Sign.....

Anteckn.....Vikt:.....Mått A.....B.....C.....

Datumkl..... Sign.....

Anteckn.....Vikt:.....Mått A.....B.....C.....

Övrigt.....

.....