

RZECZPOSPOLITA
POLSKA



Urząd Patentowy
Rzeczypospolitej Polskiej

(12)

OPIS OCHRONNY WZORU PRZEMYSŁOWEGO

(19) **PL** (11) **16977**

(51) Klasyfikacja:
19-08

(21) Numer zgłoszenia: **17129**

(22) Data zgłoszenia: **20.09.2010**

(54)

Karta zabiegu

(45) O udzieleniu prawa z rejestracji ogłoszono:
30.09.2011 WUP 09/2011

(73) Uprawniony z rejestracji wzoru przemysłowego:

**LENIS Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością, Poznań, (PL)**

(72) Twórca(y) wzoru przemysłowego:

GRĄDZIELEWSKA LUIZA, Poznań, (PL)

PL 16977

Opis wzoru przemysłowego

Przedmiotem wzoru przemysłowego jest formularz przeznaczony do dokumentowania całego procesu przeprowadzanych zabiegów kosmetycznych.

Istotę wzoru stanowi oryginalna forma i konstrukcja logiczno - graficzna do usystematyzowania informacji na temat zabiegu.

Przedmiot wzoru jest uwidoczniony na załączonej ilustracji, gdzie pokazano na fig. 1 stronę pierwszą karty zabiegu, na fig. 2 - stronę drugą karty zabiegu.

Cechy istotne wzoru przemysłowego

1. Karta zabiegu w kształcie formularza formatu A4 z rubrykami charakteryzuje się tym, że na formularzu znajduje się zbiór obwiedzionych ramkami poziomymi pól różnych rozmiarów, nad każdym z nich jest nadruk wyznaczający temat i zakres zarejestrowanych informacji, przy czym są to podstawowe informacje osobowe - imię i nazwisko, data urodzenia oraz dane związane z zabiegiem - zarówno dotyczące zabiegu bezpośrednio jak i informacje okołozabiegowe, jak to pokazano na załączonej ilustracji fig. 1 i fig. 2.

2. Karta zabiegu według cechy 1 charakteryzuje się, że ma brzmiące następująco tematy informacji okołozabiegowych: „Dotyczy zabiegu (pachy, łydki, uda itp.)”; „Fototyp wg Fitzpatricka”; „Solarium i słońce”; „Fotodermatozy (PLE, urticaria solaria, inne)”; „Pilingi i inne zabiegi w miejscu planowanej depilacji”; „Depilacja woskiem pęsetą, depilatorem mechanicznym lub laserowa”; „Choroby przewlekłe (alergiczne, zaburzenia hormonalne cukrzyca epilepsja, inne), inne choroby”; „Skłonność do keloidów”; „Przebyte zabiegi operacyjne”; „Leki doustne (hormony, retinoidy, tetracykliny, sulfonamidy; psoraleny, griseofulwina, przeciwpadaczkowe, hipotensyjne, przeciwcukrzycowe, chlorotiazyd, fenotiazyna, inne)”; „Dermatologiczne zmiany skórne (Hermes, keloidy, trądzik, ostuda, zapalenie mieszków, czyraki, bielactwo, łuszczyca, inne)”; „Leki miejscowe (dziegcie, barwniki, rtinoidy, sterydy, inne)”; „Zioła (dziurawiec, nagietek, inne)”; „Kosmetyki (z retinolem, samoopalacze, inne)”; „Ciąża (data ostatniej miesiączki), karmienie piersią”; „Wartości prób laserowych”; „Zalecone parametry pierwszego zabiegu (przy każdym kolejnym zabiegu energię można zwiększyć o 1-3J)”; „Uwagi; oraz oświadczenie osoby poddającej się zabiegowi o prawdziwości danych wraz z ostrzeżeniem o skutkach podania nieprawdziwych danych lub ich zatajenia, o zapoznaniu się ze wszystkimi zaleceniami związanymi z zabiegiem, a na koniec oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie zabiegu, możliwości wystąpienia skutków niepożądanych i braku efektu trwałej redukcji owłosienia, jak to pokazano na załączonej ilustracji na fig. 1 i fig. 2.

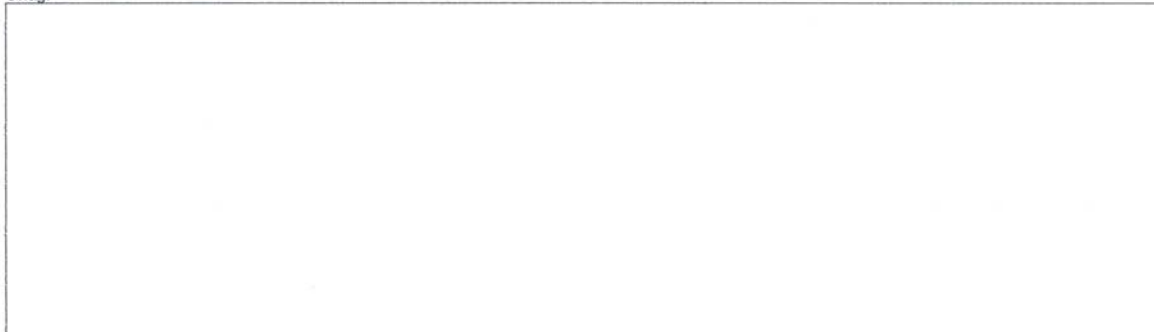
3. Karta zabiegu według cechy 1 charakteryzuje się w górnej części na pierwszej stronie ma umieszczony napis zawierający logo „Lenis Centrum Dermatologii Estetycznej”, a po przeciwnej stronie na tej samej wysokości „Karta zabiegu depilacji laserowej”, jak pokazano na załączonej ilustracji na fig. 1.

Ilustracja wzoru

		Karta zabiegu depilacji laserowej	
Nazwisko i imię		Data urodzenia	
Dotyczy zabiegu (pachy, łydki, uda itp..)		Fototyp wg Fitzpatricka	
Solarium i skórce	Fotodermatozy (PLE, urticaria solaris, inne)		
Pilingi i inne zabiegi w miejscu planowanej depilacji	Depilacja woskiem, pęsetą, depilatorem mechanicznym lub laserowa		
Choroby przewlekłe (alergiczne, zaburzenia hormonalne, cukrzyca, epilepsja, inne), inne choroby		Skłonność do keloidów	
Przebyte zabiegi operacyjne			
Leki doustne (hormony, retinoidy, tetracykliny, sulfonamidy, psoraleny, griseofulwina, przeciwpadaczkowe, hipotensyjne, przeciwcukrzycowe, chlorotiazyd, fenotiazyna, inne)			
Dermatologiczne zmiany skórne (herpes, keloidy, trądzik, ostuda, zapalenie mieszków, czyraki, bielactwo, łuszczyca, inne)			
Leki miejscowe (dziegieć, barwniki, retinoidy, sterydy, inne)			
Zioła (dziurawiec, nagietek, inne)			
Kosmetyki (z retinolem, samoopalańcze, inne)			
Ciąża (data ostatniej miesiączki), karmienie piersią			
Wartości prób laserowych			
Zalecane parametry pierwszego zabiegu (przy każdym kolejnym zabiegu energię można zwiększyć o 1 - 3 J)			

Fig. 1

Uwagi



Data, pieczęćka i podpis lekarza

Potwierdzam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz zobowiązuje się poinformować Centrum Dermatologii Estetycznej LENIS o wszelkich zmianach w tych danych przed poddaniem się kolejnemu zabiegowi. Podanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym może skutkować nieprawidłowym przebiegiem depilacji, zmniejszyć jej skuteczność lub doprowadzić do niepożądanych skutków. Potwierdzam też, że zostałam/em poinformowana/y przez lekarza o wszystkich znanych mogących wystąpić działaniach niepożądanych oraz efektach ubocznych zabiegu jak np. strupki, kełoidy, odbarwienia i przebarwienia, oraz że poinformowano mnie o konieczności stosowania całkowitej ochrony przeciwsłonecznej (dot. również solarium) przez okres 4 tygodni po zabiegu. Zostałam/em poinformowana/y, że wystąpienie efektów niepożądanych należy niezwłocznie zgłosić Centrum Dermatologii Estetycznej LENIS. Poinformowano mnie również, że z powodu indywidualnych cech organizmu nie jest możliwe określenie i zagwarantowanie konkretnej ilości zabiegów potrzebnych do uzyskania trwałej redukcji owłosienia, oraz że istnieje możliwość nie uzyskania trwałej redukcji owłosienia. Ze względu na specyfikę działania lasera włosy siwe, rude i jasne nie poddają się depilacji laserowej. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze wszystkimi zaleceniami dotyczącymi postępowania przed i po zabiegu depilacji laserowej oraz nie zataiłam/em żadnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, miałam/em też okazję do zadania pytań i otrzymałam/em odpowiedzi wyjaśniające moje wątpliwości. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie serii zabiegów depilacji laserowej mających na celu trwałą redukcję owłosienia i akceptuję ryzyko związane z zabiegami, jak na przykład możliwość wystąpienia działań niepożądanych i możliwość braku efektu trwałej redukcji owłosienia.

Data i czytelny podpis pacjenta

Fig. 2