

蟹足腫及異常疤痕風險告知暨確認聲明

KELOID AND ABNORMAL SCARRING RISK ACKNOWLEDGEMENT

本人及法定代理人已知悉，穿孔屬侵入性身體服務。即使依適當衛生及滅菌程序施作，仍可能因個人體質、免疫反應、既往病史、部位特性或術後照護狀況，出現肥厚性疤痕、蟹足腫、色素變化、延遲癒合或其他不可預期之反應。

01 個人風險確認

- ☐ 本人無已知蟹足腫或肥厚性疤痕病史。
- ☐ 本人曾有蟹足腫、肥厚性疤痕或異常疤痕情形，並已於施作前主動、完整告知穿孔師。
- ☐ 本人不確定是否具有相關體質，理解應先諮詢合格醫療專業人員，再決定是否接受服務。

02 服務評估與拒絕權

本人及法定代理人理解，穿孔師無法事前保證疤痕形成情形、癒合時間或最終外觀。若本人具有已知蟹足腫體質、施作部位已有異常疤痕，或經評估不適合施作，RIFT 有權拒絕、延期或建議先取得醫療專業意見。

03 知情同意聲明

本人及法定代理人已獲得充分說明及提問機會，並在理解上述風險後，自願決定是否接受本次服務。本聲明屬於風險告知及知情同意紀錄，不構成醫療診斷，亦不排除或減輕 RIFT 及其工作人員依法應負之責任。

未成年人本人資料	法定代理人資料
姓名：_____	姓名：_____
出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	與本人關係：_____
聯絡電話：_____	聯絡電話：_____

未成年人本人簽名	法定代理人簽名	穿孔師或說明人
簽名：_____	簽名：_____	簽名：_____
日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

文件使用提醒

本文件應與完整穿孔服務同意書、健康確認及術後照護說明一併使用。若本人或法定代理人未完整揭露已知病史，RIFT 得拒絕或停止服務。正式營運前，仍應依實際營業型態、所在地規範及保險條款，由台灣執業律師或合規顧問完成審閱。