

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY KLIENTA

na wykonanie zabiegu makijażu permanentnego

Imię i nazwisko: PESEL:
Numer telefonu:

Upoważniam specjalistkę od makijażu permanentnego do wykonania na mnie makijażu permanentnego.

Rozumiem, że makijaż permanentny jest innowacyjną formą tatuażu.

Przyjmuję odpowiedzialność za określenie koloru, kształtu i miejsca wykonania makijażu zgodnie z ustaleniami dokonanymi w trakcie konsultacji.

Mam świadomość, że może wystąpić reakcja wrażliwości na środki znieczulające lub pigment, a w przypadku wystąpienia reakcji alergicznej przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność.

W pełni rozumiem i akceptuję, że pigmenty stosowane w trakcie zabiegu nie są toksyczne oraz, że uzyskany efekt kosmetyczny może zaniknąć w ciągu 1-3 lat. Po wyblaknięciu koloru, pigment niezmiennie pozostaje w skórze i mogą być widoczne lekkie pozostałości koloru.

Akceptuję fakt, że w przypadku każdej klientki, podczas zabiegu i wizyty, zachowywane są najwyższe normy higieniczne oraz używane są wyjąłowane igły jednorazowe.

Rozumiem i akceptuję fakt, że każdy zabieg to proces wymagający wielokrotnej aplikacji pigmentu w celu uzyskania pożądaných rezultatów oraz, że nie można zagwarantować 100% sukcesu. Rozumiem, że z tego względu muszę wrócić na zabieg kontrolny (przypominający), którego koszt wliczono w cenę początkową.

Rozumiem, że zabieg kontrolny (przypominający), jeśli będzie wymagany, zostanie wykonany w ciągu 1-2 miesięcy od pierwszego zabiegu, a po upływie 2 miesięcy zostaną obciążona/y dodatkową opłatą za każdy kolejny zabieg. Rozumiem, że zabieg przypominający wykonuje się po 4 tygodniach od pierwszej aplikacji, aby miejsce zabiegu zdążyło się całkowicie zagoić. Zarezerwuję wizytę w terminie dogodnym dla obu stron.

Rozumiem, że pigment może przemieszczać się pod skórą, jednak nie zdarza się to często. Rozumiem, że makijaż permanentny jest zabiegiem inwazyjnym, a wprowadzanie pigmentu w skórę może być nieprzyjemne.

Rozumiem, że w przypadku utraty włosów rzęs lub brwi w trakcie gojenia się miejsca, w którym wykonano makijaż permanentny oka, rzęsy i brwi odrosną w ciągu 4 miesięcy, a utrata rzęs zdarza się rzadko i w minimalnym stopniu.

Rozumiem, że w rzadkich przypadkach podczas zabiegów wykonania kreski na powiekach może dojść do uszkodzenia rogówki. Zdaję sobie sprawę, że na rezultat zabiegu tj. pogorszenie oczekiwanego efektu, wpływ mają: przyjmowane leki, cechy skóry – tj. sucha/tłusta/zniszczona słońcem itp., naturalne subtoney skóry, spożycie alkoholu i palenie papierosów, ogólny stres, osłabiona odporność, zła dieta.

PIELĘGNACJA PO ZABIEGU

Zostałam poinformowana, że po zakończeniu zabiegu może wystąpić opuchlizna i zaczerwienienie skóry, które ustąpi w ciągu 1-7 dni w zależności od prowadzonego trybu życia. W niektórych przypadkach mogą pojawić się sińce.

Zostałam poinformowana, że mogę powrócić do codziennych czynności niezwłocznie po zabiegu; jednakże, przez okres do dwóch tygodni po zabiegu należy ograniczyć stosowanie kosmetyków, długotrwałe narażenie na działanie wody, nadmierne pocenie się i narażenie na słońce.

Rozumiem, że niezwłocznie po zabiegu, jego efekt może być od 50 do 60% ciemniejszy niż pożądaný rezultat, a jego rozjaśnienie się może potrwać od 4-10 dni. Rozumiem, że rzeczywisty kolor będzie widoczny po 1 miesiącu od każdej aplikacji oraz, że kolor może różnić się w zależności od tonu skóry, typu skóry, wieku i stanu skóry. Zdaję sobie sprawę, że niektóre typy skóry przyjmują kolor łatwiej niż inne i nie można udzielić gwarancji, jaki dokładnie efekt lub kolor zostanie uzyskany.

Mam świadomość, że jeśli wcześniej wystąpiła u mnie opryszczka, w przypadku makijażu permanentnego ust po zabiegu może ona pojawić się ponownie. Zostałam poinformowana, że leki przeciw opryszczce są dostępne bez recepty lub na receptę i zapobiegają jej wystąpieniu lub minimalizują jej objawy.

Mam świadomość, że w przypadku wcześniejszych chorób lub infekcji oczu, mogą one wystąpić ponownie po wykonaniu zabiegu na rzęsach. Zgadzam się stosować odpowiednie leki zapobiegające ponownemu wystąpieniu takich stanów.

Mam świadomość, że chociaż makijaż permanentny oczu nie ma wpływu na mój wzrok lepiej byłoby, żeby ktoś odwiózł mnie do domu po zabiegu.

Rozumiem, że przez okres do dwóch tygodni od wykonania makijażu permanentnego ust mogę mieć uczucie suchych ust.

Jeżeli w ciągu 3 miesięcy od zabiegu będę musiała poddać się rezonansowi magnetycznemu, zobowiązuję się poinformować swojego lekarza o wykonanym u mnie zabiegu kosmetycznym.

Zobowiązuję się przestrzegać wszelkich instrukcji przed i po zabiegu, które zostaną mi przekazane i objaśnione przez kosmetyczkę. Rozumiem, że jeżeli nie będę przestrzegać wyżej wspomnianych instrukcji, możliwe jest wystąpienie zakażenia i powstanie blizn.

O ile mi wiadomo, nie występują u mnie żadne upośledzenia fizyczne, psychiczne lub medyczne, które mogłyby wpłynąć na moje dobre samopoczucie bezpośrednio lub pośrednio w wyniku mojej decyzji o przeprowadzeniu zabiegu w tej chwili.

Ukończyłam 18 lat. Nie jestem pod wpływem narkotyków ani alkoholu.

Do celów dokumentacji, wyrażam również zgodę na wykonanie zdjęć przed i po zabiegu. Wyrażam zgodę na wykorzystanie w celach marketingowych zdjęć przed i po wyłącznie miejsca zabiegu (bez zdjęcia całej twarzy).

Zaświadczam, że zapoznałam się z, uzyskałam stosowne wyjaśnienia i w pełni rozumiem powyższy formularz zgody, a na zabieg makijażu permanentnego zgłaszam się z własnej nieprzymuszonej woli.

Imię i nazwisko:

Podpis:

FORMULARZ DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA

Imię i nazwisko: PESEL:

Numer telefonu:

Wykaz wszystkich leków przyjmowanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy

--

Czy obecnie jest Pani w ciąży lub karmi piersią? O tak O nie
 Rezonans magnetyczny planowany w ciągu najbliższych 3 miesięcy? O tak O nie
 Zabieg laserowy lub IPL planowany w ciągu najbliższych 3 miesięcy? O tak O nie
 Czy jest Pani krwiodawcą? O tak O nie
 Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmowała Pani: aspirynę, ibuprofen, spożywała alkohol? O tak O nie
 Czy w ciągu ostatniego roku była Pani poddawana chemioterapii lub radioterapii? O tak O nie
 Czy w ciągu ostatniego miesiąca, stosowała Pani odżywki do brwi/rzęs? O tak O nie

Alergie:

Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/i reakcja alergiczna na którekolwiek z niżej wymienionych:

Lidokaina	O tak O nie	szczegóły:
Lateks	O tak O nie	szczegóły:
Orzechy	O tak O nie	szczegóły:
Leki	O tak O nie	szczegóły:
Metale	O tak O nie	szczegóły:
Farby do włosów	O tak O nie	szczegóły:
Żywność	O tak O nie	szczegóły:
Maści z antybiotykami	O tak O nie	szczegóły:
Gliceryna	O tak O nie	szczegóły:
Inne alergie (proszę wymienić)	O tak O nie	szczegóły:

Proszę wypełnić poniższą listę, zaznaczając sytuacje dotyczące Pani:

Zaburzenia pracy serca	O tak O nie	Półpasiec	O tak O nie
Anemia	O tak O nie	Zaćma	O tak O nie
Hemofilia	O tak O nie	Zespół suchego oka	O tak O nie
Problemy z krążeniem	O tak O nie	Infekcje oka	O tak O nie
Cukrzyca	O tak O nie	Opryszczka oka	O tak O nie
Padaczka	O tak O nie	Szklka kontaktowe	O tak O nie
Omdlenia lub zawroty głowy	O tak O nie	Operacja powiek	O tak O nie
Zaburzenia funkcji tarczycy	O tak O nie	Schorzenia autoimmunologiczne	O tak O nie
Jaskra	O tak O nie	Inne tatuaże	O tak O nie
Nowotwór	O tak O nie	Skłonność do sińców lub krwawienia	O tak O nie
Gruźlica	O tak O nie	Zastrzyk z botoksu	O tak O nie

Udar	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	Korzystanie z solarium	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
HIV	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	Wypełniacze skórne, np. Restylane (kwas hialuronowy)	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Toczeń rumieniowaty układów	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	Peeling chemiczny czy laserowy w ciągu 6 miesięcy	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Problemy z gojeniem się ran	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	Stosowanie Retin A w ciągu 6 miesięcy	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Występowanie blizn wypukłych	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	Stosowanie preparatów AHA w ciągu ostatnich 2 tygodni	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie
Bliznowce	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	Leki steroidowe przyjmowane w ciągu ostatnich 6 miesięcy	<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie

Inne schorzenia, jeśli są podaj jakie:

ZGODA NA PRZETWARZANIE SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH

W związku z wyrażeniem zgody na wykonanie zabiegu makijażu permanentnego, w celu minimalizacji zagrożeń związanych z jego wykonaniem, wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w niniejszej zgodzie, a obejmujących informację o wystąpieniu czynników stanowiących przeciwwskazania do zabiegu. W przypadku podania nieprawidłowych informacji albo zatajenia prawdy, biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki zabiegu i zrzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej zabieg.

OŚWIADCZAM, że nie występują u mnie żadne z wymienionych czynników lub okoliczności, stanowiących przeciwwskazania do wykonania zabiegu i mam świadomość, że w przypadku ich zatajenia biorę na siebie pełną odpowiedzialność za negatywne skutki wykonanego zabiegu, w tym wystąpienia powikłań.

Oświadczam, iż zapoznałam się z treścią obowiązku informacyjnego przedłożonego mi przez Administratora moich danych osobowych - firmę Spa Beauty Room - w zakresie przetwarzania danych osobowych zgodnie z treścią Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w tym z treścią przysługujących mi praw w zakresie przetwarzania danych osobowych zarówno w zakresie zawartej umowy jak i dobrowolnie wyrażonych zgód.

Imię i nazwisko:

Podpis: