# FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

## Makijaż permanentny

Imię i nazwisko Kod pocztowy nr. telefonu Numer dowodu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Data urodzenia |  |
| - | Miasto |  | Adres |  |
|  | Adres e-mail |  |
|  |  |

Niniejszym upoważniam specjalistę/kę od makijażu permanentnego do wykonania na mnie makijażu permanentnego. Jeżeli w trakcie zabiegu(ów) wystąpią jakiekolwiek nieprzewidziane okoliczności, proszę o i upoważniam go/ją do oceny sytuacji i podjęcia wszelkich kroków, jakie uzna za stosowne i konieczne w takich okolicznościach.

Rozumiem, że makijaż permanentny jest innowacyjną formą tatuażu.

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

Rozumiem, że test wrażliwości na pigment nie gwarantuje, że nie wystąpi reakcja alergiczna. Mam świadomość, że reak- cja alergiczna na pigment zdarza się rzadko, a w przypadku wystąpienia reakcji alergicznej przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność.

Mam świadomość, że może wystąpić reakcja wrażliwości na środki znieczulające, a w przypadku wystąpienia reakcji aler- gicznej przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność.

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

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

Rozumiem i akceptuję fakt, że każdy zabieg to proces wymagający wielokrotnej aplikacji pigmentu w celu uzyskania po- żądanych 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 1-3 miesięcy od pierwszego zabiegu, a po upływie 3 miesięcy zostanę 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 perma- nentny jest zabiegiem inwazyjnym, a wprowadzanie pigmentu w skórę może być nieprzyjemne.

Rozumiem, że w przypadku utraty włosków rzęs lub brwi w trakcie gojenia się miejsca, w którym wykonano makijaż per- manentny 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 subtony skóry Spożycie alkoholu i palenie papierosów Ogólny stres Osłabiona odporność Zła dieta

Pielęgnacja po zabiegu

Zostałam/em poinformowana/y, 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.

Zostałem/am poinformowany/a, 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 pożądany 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/em poinformowana/y, że leki przeciw opryszczce są dostępne bez recepty lub na receptę i zapo- biegają 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. Rozumiem, że zabieg kamuflażu blizny wymaga przeprowadzenia testów doboru koloru przed jego rozpoczęciem i nie gwarantuje, że blizna będzie zupełnie niewidoczna.

Jeżeli w ciągu 3 miesięcy od zabiegu będę musiał/a poddać się rezonansowi magnetycznemu, zobowiązuję się poinformować swo- jego 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/em 18 lat. Nie jestem pod wpływem narkotyków ani alkoholu.

Do celów dokumentacji, wyrażam również zgodę na wykonanie zdjęć przed i po zabiegu(ach). Jeżeli zabieg wykonywany jest za promocyjną cenę, wyrażam zgodę na wykorzystanie w celach marketingowych zdjęć przed i po wyłącznie miejsca zabiegu). ZAŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM/EM SIĘ Z DOKUMENTEM, UZYSKAŁAM/EM STOSOWNE WYJAŚNIENIA I W PEŁNI ROZUMIEM POWYŻSZY FORMULARZ ZGODY, A NA ZABIEG MAKIJAŻU PERMANENTNEGO ZGŁASZAM SIĘ Z WŁASNEJ NIEPRZYMUSZONEJ WOLI.

Zapoznałam/em się z i rozumiem powyższe informacje.

Imię i nazwisko klientki/klienta Podpis

Na podstawie ustalonego projektu, który został mi przedstawiony oraz zdjęć cyfrowych, ja

(imię i nazwisko klientki/klienta)

własnoręcznym podpisem zaświadczam, że wzór jest zgodny z moimi wymaganiami. Ponadto, zgadzam się na wykonanie zdjęć cyfrowych niezwłocznie po wykonaniu zabiegu w celu porównania oczekiwanego i uzyskanego efektu.

Podpis Data

# ZGODA INDYWIDUALNA

Oświadczam, że wyrażam pełną zgodę na wykonanie tatuażu przez wyżej wymienionego specjalistę. Potwierdzam, że uzyskałam/ em wyjaśnienia odnośnie potencjalnych powikłań, np. zakażenia i opuchlizny, w przypadku tego zabiegu, a także wskazówki doty- czące pielęgnacji miejsca po zabiegu. Otrzymałam/em szczegółową instrukcję pielęgnacji po zabiegu, zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich wytycznych aż do wygojenia się miejsca zabiegu. Potwierdzam, że o ile mi wiadomo, powyższe informacje przekazane przeze mnie w niniejszym formularzu zgody są poprawne, jestem w wieku, w którym mogę samodzielnie podejmować decyzje o tego rodzaju zabiegach (tj. 18 lat w przypadku tatuażu), a obecnie nie znajduję się pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Stosowna instrukcja pielęgnacji po zabiegu przekazana Pani/Panu po zakończeniu zabiegu

Podpis Data

## Formularz dotyczący stanu zdrowia

Imię i nazwisko: Adres:

Data urodzenia: Zawód:

Tel. domowy: Tel. służbowy:

Tel. komórkowy: E-mail

Wykaz wszystkich leków przyjmowanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy

Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/i: aspirynę, ibuprofen, spożywał/a alkohol? O tak O nie Czy w ciągu ostatniego roku był/a Pan/i poddawany/a chemioterapii lub radioterapii? O tak O nie

Nazwisko lekarza, nazwa gabinetu:

## Alergie:

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

Maści z antybiotykami 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: Narkotyki O tak O nie | szczegóły: Żywność O tak O nie | szczegóły: Lidokaina O tak O nie | szczegóły: Farby O tak O nie | szczegóły: Kredki O tak O nie | szczegóły: Gliceryna O tak O nie | szczegóły:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Inne alergie (wymienić)

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 Pan/i krwiodawcą? O tak O nie

Proszę wypełnić poniższą listę, zaznaczając sytuacje dotyczące Pani/Pana.

Zaburzenia pracy serca, palpitacje, szmer sercowy O tak O nie Gorączka reumatyczna O tak O nie Rozrusznik serca, sztuczne zastawki O tak O nie Anemia O tak O nie Hemofilia O tak O nie Długotrwałe krwawienie O tak O nie Wysokie ciśnienie tętnicze O tak O nie Niskie ciśnienie tętnicze O tak O nie Problemy z krążeniem O tak O nie Cukrzyca O tak O nie Padaczka O tak O nie Omdlenia lub zawroty głowy O tak O nie Zaburzenia funkcji tarczycy O tak O nie Choroba wątroby O tak O nie Choroba nerek O tak O nie Guzy, narośle lub cysty O tak O nie Nowotwór O tak O nie Gruźlica O tak O nie Udar O tak O nie HIV, AIDS, O tak O nie Zapalenie wątroby O tak O nie Półpasiec O tak O nie Łuszczyca O tak O nie

 Astma O tak O nie

## Bielactwo................................................................................ O tak O nie

## Łojotokowe lub atopowe zapalenie skóry. O tak O nie

## Egzema O tak O nie

## Inne schorzenia

Czy cierpi Pan/i na infekcje oka O tak O nie Łysienie O tak O nie Opryszczka oka O tak O nie Wypadanie włosów w ostatnim czasie O tak O nie Opryszczka (Herpes simplex) O tak O nie Schorzenia autoimmunologiczne O tak O nie Uczulenie na preparaty znieczulające O tak O nie Reumatoidalne zapalenie stawów O tak O nie Skłonność do sińców lub krwawienia O tak O nie Inny zabieg medycyny estetycznej O tak O nie Korzystanie z solarium O tak O nie Czy występują u Pani/a problemy z gojeniem się ran? O tak O nie Peeling chemiczny czy laserowy w ciągu 6 miesięcy O tak O nie Czy powstają u Pani/a blizny wypukłe? O tak O nie Stosowanie Retin A w ciągu 6 miesięcy O tak O nie Czy kolor gojących się blizn

jest ciemniejszy niż reszta skóry? O tak O nie Preparaty AHA stosowane w ciągu ostatnich 2 tygodni O tak O nie Bliznowce O tak O nie Wrażliwość na kosmetyki O tak O nie Czy opala się Pan/i regularnie? O tak O nie Leki steroidowe przyjmowane w ciągu ostatnich 6 miesięcy O tak O nie

Imię i nazwisko klientki/klienta Podpis Data