

Imię: _____ Nazwisko: _____
 Adres: _____
 Telefon: _____ e-mail: _____

PRZEBIEG

Pierwszy zabieg: _____
 Maszyna: _____ Pigment: _____ Data: _____
 Drugi zabieg: _____
 Maszyna: _____ Pigment: _____ Data: _____
 Trzeci zabieg: _____
 Maszyna: _____ Pigment: _____ Data: _____

PRZECIWWSKAZANIA

- Cukrzyca tak / nie
- Wysokie ciśnienie tak / nie
- Cięża i karmienie piersią tak / nie
- Łuszczyca tak / nie
- Alergie tak / nie
- Aktywna opryszczka tak / nie
- Hemofilia tak / nie
- Choroby rogówki i siatkówki oka tak / nie
- Choroba nowotworowa w trakcie leczenia tak / nie
- Ostre infekcje tak / nie
- Przyjmowanie antybiotyków tak / nie
- Tendencja do bliznowaceni i koleoidów tak / nie
- Reumatoidalne zapalenie stawów tak / nie
- Przewlekłe choroby skóry np. tojotokowe lub atopowe zapalenie skóry tak / nie
- Przyjmowanie leków przeciwtrądzikowych np. pochodnych witaminy A tak / nie
- Przyjmowanie leków sterydowych tak / nie
- Przyjmowanie leków rozrzedzających krew (aspiryna, paracetamol, witamina E oraz inne) tak / nie

W sytuacji wystąpienia przeciwwskazań pacjent zgadza się na wykonanie makijażu permanentnego na własną odpowiedzialność.

TREŚĆ ZGODY

Otrzymałam/em od specjalisty pełną informację na temat wskazań do makijażu i technik jego wykonania oraz możliwych do uzyskania efektów. Miałam/em możliwość zadawania pytań w trakcie rozmowy oraz uzyskania wyczerpujących odpowiedzi. Poinformowano mnie o mogących wystąpić po zabiegu działaniach niepożądanych, takich jak zaczerwienienie, obrzęk, krwawienie, zasinienie oraz występujące rzadziej: reakcje alergiczne, powstanie blizn, ziarniników, odbarwień i innych możliwych komplikacji.

Udzieliłam/em możliwie jak najbardziej pełnych odpowiedzi na pytania związane z dotychczasowym zdrowiem. Ponadto otrzymałam/em instrukcje na temat postępowania i pielęgnacji miejsca zabiegu. Zastosuję się do zawartych w niej zaleceń.

Oświadczam, że nie przyjmuję leków, suplementów, które mogłyby mieć wpływ na przebieg zabiegu i proces gojenia. Oświadczam również, że nie jestem uczulona/ny na jakiegokolwiek preparaty znieczulające (Lidokaina, Epinefryna, Tetracaina i inne). Podobnie jak w przypadku wszelkich pozostałych zabiegów inwazyjnych na ludzkim ciele, wprowadzanie pigmentów koloru w skórę przy użyciu igieł nie pozostaje bez ryzyka. W związku z tym nie jest udzielana gwarancja na indywidualną tolerancję skórą.

Cena obejmuje zabieg podstawowy, jeden zabieg uzupełniający oraz znieczulenie. Cena dodatkowego zabiegu na jeden obszar wynosi ___-___ zł. Zabieg uzupełniający powinien być wykonany po min. 1 do maksymalnie 3 miesięcy od pierwszego zabiegu. Po tym terminie będzie liczony jako zabieg dodatkowy. Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu zależne są od rodzaju skóry, obszaru i techniki wykonania zabiegu i utrzymują się od 1 do 4 lat. Trwałość makijażu zależy od indywidualnego typu skóry i jej metabolizmu. Dlatego nie jest udzielana żadna gwarancja na trwałość i blaknięcie. Nie można wykluczyć niepożądanych zmian koloru. W niektórych przypadkach, pomimo korekt, nie udaje się osiągnąć pożądanego rezultatu ze względu na nierówną absorpcję pigmentów koloru przez skórę. W związku z tym nie jest udzielana gwarancja udanego zabiegu.

Materiały używane do zabiegu są jednorazowe i otwierane były w obecności pacjenta.

Oświadczam, że rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i w przypadku wykonania zabiegu zgodnie z zasadami, a nie uzyskania spodziewanego efektu nie będę rościć żadnych pretensji do osoby wykonującej zabieg.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie załączonej dokumentacji i danych wrażliwych oraz zdjęć do celów naukowych, dokumentacyjnych i publikacyjnych.

Akceptuje rysunek wstępny. Wyrażam zgodę na dobrany kształt oraz kolor pigmentu.

Podpis: _____ Data: _____

Imię: _____ Nazwisko: _____
 Adres: _____
 Telefon: _____ e-mail: _____

PRZEBIEG

Pierwszy zabieg: _____
 Maszyna: _____ Pigment: _____ Data: _____
 Drugi zabieg: _____
 Maszyna: _____ Pigment: _____ Data: _____
 Trzeci zabieg: _____
 Maszyna: _____ Pigment: _____ Data: _____

PRZECIWWSKAZANIA

- Cukrzyca tak / nie
- Wysokie ciśnienie tak / nie
- Cięża i karmienie piersią tak / nie
- Łuszczyca tak / nie
- Alergie tak / nie
- Aktywna opryszczka tak / nie
- Hemofilia tak / nie
- Choroby rogówki i siatkówki oka tak / nie
- Choroba nowotworowa w trakcie leczenia tak / nie
- Ostre infekcje tak / nie
- Przyjmowanie antybiotyków tak / nie
- Tendencja do bliznowaceni i koleoidów tak / nie
- Reumatoidalne zapalenie stawów tak / nie
- Przewlekłe choroby skóry np. tojotokowe lub atopowe zapalenie skóry tak / nie
- Przyjmowanie leków przeciwtrądzikowych np. pochodnych witaminy A tak / nie
- Przyjmowanie leków sterydowych tak / nie
- Przyjmowanie leków rozrzedzających krew (aspiryna, paracetamol, witamina E oraz inne) tak / nie

W sytuacji wystąpienia przeciwwskazań pacjent zgadza się na wykonanie makijażu permanentnego na własną odpowiedzialność.

TREŚĆ ZGODY

Otrzymałam/em od specjalisty pełną informację na temat wskazań do makijażu i technik jego wykonania oraz możliwych do uzyskania efektów. Miałam/em możliwość zadawania pytań w trakcie rozmowy oraz uzyskania wyczerpujących odpowiedzi. Poinformowano mnie o mogących wystąpić po zabiegu działaniach niepożądanych, takich jak zaczerwienienie, obrzęk, krwawienie, zasinienie oraz występujące rzadziej: reakcje alergiczne, powstanie blizn, ziarniników, odbarwień i innych możliwych komplikacji.

Udzieliłam/em możliwie jak najbardziej pełnych odpowiedzi na pytania związane z dotychczasowym zdrowiem. Ponadto otrzymałam/em instrukcje na temat postępowania i pielęgnacji miejsca zabiegu. Zastosuję się do zawartych w niej zaleceń.

Oświadczam, że nie przyjmuję leków, suplementów, które mogłyby mieć wpływ na przebieg zabiegu i proces gojenia. Oświadczam również, że nie jestem uczulona/ny na jakiegokolwiek preparaty znieczulające (Lidokaina, Epinefryna, Tetracaina i inne). Podobnie jak w przypadku wszelkich pozostałych zabiegów inwazyjnych na ludzkim ciele, wprowadzanie pigmentów koloru w skórę przy użyciu igieł nie pozostaje bez ryzyka. W związku z tym nie jest udzielana gwarancja na indywidualną tolerancję skórą.

Cena obejmuje zabieg podstawowy, jeden zabieg uzupełniający oraz znieczulenie. Cena dodatkowego zabiegu na jeden obszar wynosi ___-___ zł. Zabieg uzupełniający powinien być wykonany po min. 1 do maksymalnie 3 miesięcy od pierwszego zabiegu. Po tym terminie będzie liczony jako zabieg dodatkowy. Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu zależne są od rodzaju skóry, obszaru i techniki wykonania zabiegu i utrzymują się od 1 do 4 lat. Trwałość makijażu zależy od indywidualnego typu skóry i jej metabolizmu. Dlatego nie jest udzielana żadna gwarancja na trwałość i blaknięcie. Nie można wykluczyć niepożądanych zmian koloru. W niektórych przypadkach, pomimo korekt, nie udaje się osiągnąć pożądanego rezultatu ze względu na nierówną absorpcję pigmentów koloru przez skórę. W związku z tym nie jest udzielana gwarancja udanego zabiegu.

Materiały używane do zabiegu są jednorazowe i otwierane były w obecności pacjenta.

Oświadczam, że rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i w przypadku wykonania zabiegu zgodnie z zasadami, a nie uzyskania spodziewanego efektu nie będę rościć żadnych pretensji do osoby wykonującej zabieg.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie załączonej dokumentacji i danych wrażliwych oraz zdjęć do celów naukowych, dokumentacyjnych i publikacyjnych.

Akceptuje rysunek wstępny. Wyrażam zgodę na dobrany kształt oraz kolor pigmentu.

Podpis: _____ Data: _____