

FORMULARZ ZGODY

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

PRZEBIEG

Pierwszy zabieg

Maszyna _____ Pigment _____ Data _____

Drugi zabieg

Maszyna _____ Pigment _____ Data _____

PRZECIWWSKAZANIA

Proszę zakreślić poprawną odpowiedź:

Cukrzyca	tak / nie
Wysokie ciśnienie	tak / nie
Ciąża i karmienie piersią	tak / nie
Choroba nowotworowa w trakcie leczenia	tak / nie
Łuszczyca	tak / nie
Alergie	tak / nie
Aktywna opryszczka	tak / nie
Hemofilia	tak / nie
Choroby rogówki i siatkówki oka	tak / nie
Ostre infekcje	tak / nie
Uczulona/ny na jakiekolwiek preparaty znieczulające (Lidokaina, Epinefryna, Tetracaina i inne).	tak / nie
Przyjmowanie antybiotyków	tak / nie
Tendencja do bliznowaceń 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
Stary Makijaż Permanentny Jeżeli tak – kiedy został wykonany ostatni zabieg i jaką techniką? _____	tak / nie
Przyjmowane leki Jeżeli tak – jakie? _____	tak / nie
Zabieg chirurgiczny w okolicy twarzy Jeżeli tak – kiedy i jaki był to zabieg? _____	tak / nie
Czy używałeś/używałaś odżywkę do rzęs?	tak / nie

W sytuacji wystąpienia przeciwwskazań pacjent zgadza się na wykonanie makijażu permanentnego na własną odpowiedzialność. Zatajenie faktycznego stanu zdrowia może mieć wpływ na finalny efekt pigmentacji, jak również efekt po wygojeniu.

TREŚĆ ZGODY

Otrzymałam/em od specjalisty pełną informację na temat wskazań do makijażu i technik jego wykonania oraz możliwych do uzyskania efektów.

Technika, która zostanie u mnie wykonana to _____

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. 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 skórną. Może wystąpić reakcja alergiczna nawet do kilku lat po zabiegu.

Cena _____ obejmuje zabieg podstawowy i jeden zabieg uzupełniający. Cena dodatkowego zabiegu na jeden obszar wynosi _____

Zabieg uzupełniający powinien być wykonany po 6 tygodniach 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* (*możliwa dłuższa trwałość makijażu). Trwałość zależy od indywidualnego typu skóry, jej metabolizmu, stylu życia klientki, zabiegu, który został wykonany oraz pigmentów. Dlatego nie jest udzielana żadna gwarancja na trwałość i blaknięcie. Decyzja o poddaniu się zabiegowi makijażu permanentnego jest świadoma i przemyślana. Zdaje sobie sprawę, iż makijaż permanentny należy odświeżać co 1-2 lata od pierwszego zabiegu. Nie można wykluczyć niepożądanych zmian koloru. W niektórych przypadkach, pomimo korekt, nie udaje się osiągnąć pożądanego rezultatu ze względu na nierówną absorpcję koloru pigmentów przez skórę. W związku z tym nie jest udzielana gwarancja udanego zabiegu. Materiały używane do zabiegu są jednorazowe i otwierane były w obecności pacjenta.

Rysunek przed zabiegiem został w pełni dopracowany przez osobę wykonującą zabieg i w pełni akceptuję jego kształt i formę. Rozumiem, że jest to najważniejszy etap zabiegu. Sprawdziłam kształt i wykluczyłam możliwą asymetrię brwi na tym etapie.

Podpis _____ Data _____

Oświadczam, że rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i w przypadku wykonania zabiegu zgodnie z zasadami i etyką pracy linergisty, 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.

Podpis _____ Data _____

Skąd dowiedział się o naszym salonie? _____

Jakie strony www codziennie rano odwiedzasz jako pierwsze? _____