

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

Szanowna Klientko/Kliencie,
proszę o zapoznanie się z poniższymi informacjami i podpis na końcu dokumentu. Integralną częścią dokumentacji jest również oświadczenie, wywiad z kosmetologiem oraz karta Klienta. Pełna, podpisana dokumentacja jest warunkiem koniecznym do przystąpienia do zabiegu. W razie pytań służę pomocą oraz wyjaśnieniami.

Makijaż permanentny - makijaż ten cechuje się trwałością od jednego roku do dwóch, trzech lat. Nie jest on jednak tak trwały jak powszechnie znany tatuaż, jest to uwarunkowane pigmentacją barwnika w odpowiednie warstwy skóry, które ulegają całkowitemu wyluszczeniu po ok. dwóch , trzech latach. Barwniki posiadają wymagane certyfikaty jakości oraz spełniają wszelkie standardy europejskie. Są całkowicie bezpieczne dla skóry, nie wywołują alergii i mają działanie antyseptyczne, co potwierdziły liczne badania przeprowadzone przez Europejski Instytut Inspekcji. Wszystkie barwniki posiadają certyfikaty i spełniają standardy EEC i FDA dotyczące zawartości metali ciężkich oraz zanieczyszczeń organicznych. Spełniają również wszelkie standardy pigmentacji medycznej.

PRZECIWSKAZANIA:

- gorączka, grypa, angina,
- zażywanie leków rozrzedzające krew, np.: aspiryna (unikamy zażywania do 24 h przed zabiegiem),
- hemofilia (zaburzenia krzepnięcia krwi),
- choroby krwi,
- zażywanie antybiotyków,
- zażywanie leków sterydowych,
- uczulenie na lidokainę,
- ciąża, karmienie piersią,

- HIV,
- zaawansowana łuszczyca,
- nieleczona cukrzyca,
- żółtaczka,
- wirus opryszczki,
- choroba nowotworowa (istotny poziom leukocytów we krwi),
- infekcja wirusowa, bakteryjna lub grzybicza,
- problemy z gojeniem się skóry (tendencje do bliznowaceń),
- kuracja odżywkami do brwi i rzęs powinna być zakończona min dwa m-ce przed zabiegiem (nie dot. ust)
- stany zapalne gałki ocznej (w przypadku makijażu permanentnego powieki)
- Ostatni zabieg rozjaśniania starego pigmentu laserem powinien mieć miejsce na min. osiem tyg. wcześniej,
- osoby po operacji plastycznej w okolicy oczu powinny poczekać z wykonaniem zabiegu min. pół roku.

PO ZABIEGU:

- trwałość makijażu permanentnego 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 związku z fizjologicznym procesem ciągłego złuszczenia się naskórka, aby utrzymać intensywność koloru należy ponowić zabieg raz na 12-18 m-cy). Trwałość zależy także od produktów do pielęgnacji, które omawia kosmetolog w raz z zaleceniami ich stosowania,
- w niektórych przypadkach, pomimo korekt, nie udaje się osiągnąć pożądaných rezultatów ze względu na nierówną absorpcję pigmentów kolorów przez skórę. W związku z tym nie jest udzielana gwarancja udanego zabiegu,
- w przypadku makijażu permanentnego ust bardzo częstym objawem po wykonanym zabiegu jest występowanie opryszczki w wyniku podrażnienia skóry pigmentacją. Nie ma to żadnego związku z zastosowanym barwnikiem i samą procedurą pigmentacji, a zależy jedynie od indywidualnego układu immunologicznego. Nie jest udzielana gwarancja niewystąpienia wirusa. W razie wystąpienia opryszczki, należy zastosować odpowiednie leki dostępne w aptekach bez recepty lub skontaktować się z lekarzem, Przed kolejnym zabiegiem zaleca się zastosowanie odpowiednich środków zapobiegawczych,

- podobnie jak w przypadku wszelkich pozostałych zabiegów inwazyjnych na ludzkim ciele, wprowadzenie pigmentów koloru w skórę przy użyciu igieł nie pozostaje bez ryzyka. W rzadkich przypadkach, w odpowiedzi na zastosowane kolory, mogą wystąpić reakcje alergiczne lub podobne do alergicznych: suchość, wrażliwość, łuszczenie się, opuchlizna, etc., a także podrażnienia skóry: zaczerwienienie, etc.,
- do celów kontrolnych umówiona zostanie powtórna wizyta umożliwiająca również tzw.: dopigmentowanie, w celu uzupełnienia barwnika w miejscach gdzie ewentualnie mógł się nie przyjąć, skorygowaniem niedociągnięć spowodowanych opuchnięciem pod koniec zabiegu, rozjaśnienia lub przyciemnienia koloru, w okresie miesiąca od pierwszego zabiegu. Wizyta ta została wliczona w cenę zabiegu i należy z niej skorzystać. W przypadku nie pojawienia się na umówiony, darmowy termin korekty, zabieg przepada,
- okres gojenia brwi i kresek to ok. 2 tyg., ust ok. 3 tyg. Po zabiegu należy unikać ekspozycji na słońce oraz korzystania z solarium. Ponadto, przez pierwsze dwa tygodnie należy unikać nadmiernej wilgotności w połączeniu z wysoką temp.: sauna, basen, siłownia.
- bezpośrednio po zabiegu nastąpi przerysowanie koloru, a z racji przerwania ciągłości skóry przy wprowadzaniu barwnika, po zabiegu mogą tworzyć się strupki, których nie zrywamy.

Ja niżej podpisana/-ny świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na wyżej opisany zabieg:

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

KARTA KLIENTA

Imię i Nazwisko:.....

Data urodzenia:

Nr telefonu/adres email:.....

Data zabiegu:.....

Rodzaj zabiegu:.....

Płeć: K / M

WYWIAD

W przypadku zaznaczenia odp TAK, proszę podać szczegóły.

1. Czy jest Pan/-i pełnoletni/-a? TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

2. Czy jest Pani w ciąży? Karmi Pani piersią? TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

3. Czy posiada Pan/-i alergię? TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

4. Czy posiada Pan/-i alergię na znieczulenie? TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

5. Czy przyjmuje Pan/-i obecnie jakieś leki? Jakież? TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

6. Czy posiada Pan/-i tendencje do powstawania blizn i bliznowców? TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

7. Czy posiada Pan/-i wrażliwość na ucisk? TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

8. Czy kiedykolwiek chorował/-a Pan/-i na raka? TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

9. Czy posiada Pan/-i zaburzenie autoimmunologiczne (np. cukrzyce, reumatyzm etc.)?

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

10. Czy posiada Pan/-i choroby zakaźne typu HIV, żółtaczkę typu A, B lub C

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

11. Czy choruje Pan/-i na hemofilię? Choroby krwi?

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

12. Czy posiada Pan/-i nadwrażliwość na kwas ha?

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

13. Czy poddawał/-a się Pan/-i zabiegom z użyciem permanentnych wypełniaczy tkanek?

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

14. Czy poddawał/-a się Pan/-i zabiegom z użyciem preparatów degradujących kwas ha?

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

15. Czy poddawał/-a się Pan/-i zabiegom makijażu permanentnego?

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

16. Czy w dniu zabiegu posiada Pan/-i infekcje skórne (opryszczka, trądzik), stany zapalne skóry, uszkodzenia lub przebarwienia?

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY

.....

Ja niżej podpisany/-a w trakcie wywiadu z kosmetologiem, zadawałam/-em wszelkie interesujące mnie pytania, otrzymałam/-em wyczerpujące odpowiedzi, a otrzymane wyjaśnienia zrozumiałam/-em. Nie zataiłam/-em przed kosmetologiem wykonującym zabieg żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg zabiegu i jego wynik. Udzieliłam/-em możliwie najbardziej pełnych prawdziwych odpowiedzi na pytania związane z moim dotychczasowym stanem zdrowia.

DATA, CZYTELNY PODPIS:

OŚWIADCZENIE

1. Zostałam/-em poinformowana/-y o przeciwwskazaniach do zabiegu.
2. Zostałam/-em poinformowana/-y o profilaktyce pozabiegowej.
3. Zostałam/-em poinformowana/-y o powikłaniach pozabiegowych.
4. Zostałam/-em poinformowana/-y, że proces odbywać się będzie zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy i zasadami etyki kosmetycznej.
5. Zostałam/-em poinformowana/-y o stopniu wykształcenia kosmetyka wykonującego zabieg z możliwością wglądu w dokumentację umożliwiającą weryfikację i potwierdzenie zdobytego wykształcenia oraz przebytych szkoleń. Świadomie decyduję się na wykonanie wybranego zabiegu przez Panią Paulinę Siejek.
6. Zostałam/-em poinformowana/-y, że kosmetyka estetyczna nie jest wiedzą ścisłą, stąd mam świadomość istniejącego ryzyka, jak i tego, że wynik zabiegu nie może być w pełni ani przewidywalny ani gwarantowany.
7. Mam świadomość, że efekty wykonywanego zabiegu mogą nie być adekwatne do moich oczekiwań. Rozbieżność między uzyskanym rezultatem, którego zakres i rodzaj został określony przez osobę wykonującą zabieg przed przystąpieniem do zabiegu, a moim wyobrażeniem nie może być podstawą do roszczeń.
8. W trakcie wywiadu z kosmetykiem, zadawałam/-em wszelkie interesujące mnie pytania, otrzymałam/-em wyczerpujące odpowiedzi, a otrzymane wyjaśnienia zrozumiałam/-em.
9. Nie zataiłam/-em przed kosmetykiem wykonującym zabieg żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg zabiegu i jego wynik.
10. Udzieliłam/-em możliwie najbardziej pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania związane z moim dotychczasowym stanem zdrowia (zawarte w wywiadzie).
11. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie przez przeprowadzającego zabieg zdjęć z wizerunkiem mojej osoby do celów naukowych, dokumentacyjnych i publikacyjnych, pod warunkiem wykorzystywania ich w formie uniemożliwiającej identyfikację mojej osoby. Chyba, że ustalono inaczej.
12. Zostałam/-em poinformowana/-y, że ilość potrzebnego preparatu do przeprowadzenia pełnego zabiegu może nieznacznie odbiegać od zakresu określonego przed jego wykonaniem, co wynika z okoliczności niemożliwych do przewidzenia przed rozpoczęciem zabiegu/* dot. wyłącznie wypełnień kwasem ha.

Na podstawie art. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, polecam przetwarzanie i jednocześnie upoważniam Panią Monikę Błaszczuk do przetwarzania danych osobowych udostępnionych Ojo Beauty Art by Monika Błaszczuk przez osoby, których dane te dotyczą lub przez innych administratorów uprawnionych do ich przekazania w związku z wykonywaniem usług kosmetycznych.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁAM/-EM SIĘ Z POWYŻSZYM TEKSTEM. ROZUMIEM RYZYKO ZWIĄZANE Z TYM ZABIEGIEM I W PRZYPADKU WYKONANIA ZABIEGU ZGODNIE Z ZASADAMI SZTUKI KOSMETOLOGII ESTETYCZNEJ, A NIE UZYSKANIA SPODZIEWANEGO PRZEZE MNIE EFEKTU NIE BĘDĘ ROŚCIĆ ŻADNEJ PRETENSJI DO OSOBY WYKONUJĄCEJ TEN ZABIEG. OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM W PEŁNI ŚWIADOMA/-Y PODPISUJĄC NINIEJSZE DOKUMENTY

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS