

## 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.

**Mezoterapia** jest bardzo skutecznym i bezpiecznym zabiegiem pozwalającym na dostarczanie substancji aktywnych bezpośrednio do skóry właściwej, za pomocą iniekcji lub przy użyciu specjalistycznego sprzętu. Obie metody umożliwiają podanie substancji w miejsce jej najlepszego wchłaniania, podczas gojenia powodują pobudzenie naturalnych procesów regeneracyjnych skóry, w tym nieocenionej produkcji kolagenu. Efekty są długotrwałe i można się ich spodziewać zwykle miesiąc po wykonanym zabiegu.

### PRZECIWSKAZANIA:

- gorączka, grypa, angina,
- zażywanie leków rozrzedzające krew, np.: aspiryna (unikamy zażywania do 24 h przed zabiegiem),
- hemofilia (zaburzenia krzepnięcia krwi),
- choroby krwi,
- choroby naczyń krwionośnych,
- 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).

**PO ZABIEGU:**

- choć zdarza się rzadko, istnieje możliwość wystąpienia w miejscu iniekcji małych obrzęków, zaczerwienienia i krwiaków, które samoistnie ustąpią bez żadnych innych komplikacji. Piśmiennictwo nie przytacza przypadków reakcji zapalnych czy infekcyjnych,
- okres gojenia ok. 2 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 skóra leczona może być lekko obrzęknięta, obolała i napięta, w miejscach iniekcji mogą pojawić się zasinienia, które ustąpią w ciągu 7-10 dni.

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

.....  
**DATA, CZYTELNY PODPIS**



by Monika Błaszczyk

**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 kosmetologa 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 kosmetologia 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 kosmetologiem, zadawałam/-em wszelkie interesujące mnie pytania, otrzymałam/-em wyczerpujące odpowiedzi, a otrzymane wyjaśnienia zrozumiałam/-em.
9. Nie zataiłam/-em przed kosmetologiem 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 Błaszczyk do przetwarzania danych osobowych udostępnionych Ojo Beauty Art by Monika Błaszczyk 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**