

Imię:.....

Nazwisko:

Adres:

Data urodzenia:

Numer Pesel:

Nr telefonu:

Formularz świadomej zgody

na przeprowadzenie zabiegu makijażu permanentnego w Instytucie Urody Kamionki

MEDKAM Anna Michałek, ul. Platanowa 18, 62-023 Kamionki, tel. 781 203 203, NIP 6652480590

Niniejszym upoważniam Panią Izabelę Binkowską specjalistkę od makijażu permanentnego, działającą w imieniu MEDKAM Anna Michałek do wykonania na mnie makijażu permanentnego. Jeżeli w trakcie zabiegu (ów) wystąpią jakiegokolwiek nieprzewidziane okoliczności , proszę i upoważniam ją do oceny sytuacji i podjęcia 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 poczynionymi w trakcie konsultacji.

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

Mam świadomość, że może wystąpić reakcja wrażliwości na środki znieczulające, a w przypadku reakcji alergicznej przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność. W pełni rozumiem i akceptuję , że pigmenty stosowane podczas zabiegu nie są toksyczne oraz, że uzyskany efekt kosmetyczny 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 każdej klientki/klienta , podczas zabiegu i każdej wizyty zachowywane są najwyższe normy higieniczne oraz używane są wyjąłowione igły jednorazowe.

Rozumiem i akceptuję fakt, że każdy zabieg to proces wymagający wielokrotnej aplikacji pigmentu w celu uzyskania pożądaných rezultatów oraz, że nie można zagwarantować 100% sukcesu. Rozumiem, że z tego względu muszę wrócić na zabieg kontrolny(przypominający).

Rozumiem, że zabieg kontrolny (przypominający) jeśli będzie wymagany , zostanie wykonany w ciągu 3-12 tygodni od pierwszego zabiegu, a po upływie tego terminu zostanę obciążony za każdy kolejny zabieg. Rozumiem, że zabieg przypominający wykonuje się najwcześniej po 3 tygodniach a najlepiej 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 się przemieszczać pod skórą, jednak nie zdarza się to często. Rozumiem, że makijaż permanentny jest zabiegiem inwazyjnym, a wprowadzenie pigmentu w skórę może być nieprzyjemne. Rozumiem, że w przypadku utraty włosów rzęs lub brwi w trakcie w trakcie gojenia się miejsca, w którym wykonano makijaż permanentny 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 : sucha, tłusta, zniszczona słońcem itp. Naturalne subtony skóry, spożycie alkoholu i palenie papierosów , ogólny stres, osłabiona odporność , zła dieta oraz pielęgnacja po zabiegu.

Zostałem poinformowany, 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 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 i narażenie na słońce.

Rozumiem, że niezwłocznie po zabiegu jego efekt może być od 50 do 60% ciemniejszy niż pożądaný rezultat, a jego rozjaśnianie może potrwać od 4 do 14 dni. Rozumiem, że rzeczywisty kolor będzie widoczny po 1 miesiącu od każdej aplikacji oraz, oraz że kolor może różnić się w zależności od tonu 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 zapobiegają jej wystąpieniu lub minimalizują jej skutki. Mam świadomość że w przypadku wcześniejszych chorób lub infekcji oczu, mogą one wystąpić ponownie po wykonaniu zabiegu makijażu permanentnego na rzęsach. Zgadzam się stosować odpowiednie leki zapobiegające ponownemu wystąpieniu takich stanów.

Mam świadomość, że chociaż makijaż permanentny oczu nie ma wpływu na wzrok lepiej byłoby, żeby ktoś odwiózł mnie do domu po zabiegu. Rozumiem że przez okres do dwóch tygodni od wykonania zabiegu makijażu permanentnego ust mogę mieć uczucie suchych ust.

Rozumiem że zabieg kamuflażu blizn/y nie gwarantuje że blizna będzie całkowicie niewidoczna.

Jeśli w ciągu 3 miesięcy od wykonania zabiegu makijażu permanentnego będę musiała/ ł poddać się rezonansowi magnetycznemu zobowiązuję się poinformować swojego lekarza o wykonanym u mnie zabiegu.

Zobowiązuję się przestrzegać wszelkich instrukcji przed i po zabiegu, o których zostałam poinformowana przez panią Izabellę Binkowską. 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. Ukończyłem/am 18 lat. Nie jestem pod wpływem alkoholu ani narkotyków

Do celów dokumentacji, wyrażam również zgodę na wykonanie zdjęć przed i po zabiegu (ach). Wyrażam także zgodę na wykorzystanie w celach marketingowych zdjęć przed i po miejsca zabiegu, a także zdjęcia całej twarzy i sylwetki.

Zaświadczam, że zapoznałem/am się, uzyskałem/am stosowne wyjaśnienia i w pełni rozumiem powyższy formularz zgody, a na zabieg makijażu permanentnego zgłaszam się z własnej nieprzymuszonej woli.

Zapoznałem/am się i rozumiem powyższe informacje. Własnoręcznym podpisem zaświadczam że formularz zgody jest zgodny z moimi wymaganiami. Ponadto zgadzam się na wykonanie zdjęć cyfrowych przed i po zabiegu i wykorzystanie je przez MEDKAM Anna Michałek w celach marketingowych.

.....
Data, miejscowość

.....
Podpis