

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY na wykonanie zabiegu makijażu permanentnego

Imię i nazwisko Rok urodzenia.....
Kod pocztowy Miasto

Numer telefonu Ulica/nr

ZGODA NA PRZETWARZANIE SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH

W związku z wyrażeniem zgody na wykonanie zabiegu, w celu minimalizacji zagrożeń związanych z jego wykonaniem, wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w niniejszej zgodzie, a obejmujących informacje o wystąpieniu czynników stanowiących przeciwwskazania do zabiegu, informacje zawarte w wypełnionym przez mnie formularzu stanu zdrowia czy informacje o innych schorzeniach. W przypadku podania nieprawdziwych informacji albo zatajenia prawdy, biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki zabiegu i zrzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej zabieg

LISTA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WPŁYNAĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDAJĄCEJ ZABIEGOWI MAKIJAŻU PERMANENTNEGO LUB EFEKTY ZABIEGU (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU):

- Ciąża, karmienie piersią
- Infekcje
- Nieustabilizowana cukrzyca (problem z krzepiwością krwi, zaburzenie percepcji odczuwania, skłonności do infekcji)
- Nowotwór (przy odpowiednim poziomie leukocytów). U chorych na nowotwory, w wyniku chemioterapii jest większa podatność na infekcje, gorsze gojenie ran i możliwość słabszego przyjęcia się barwnika w skórze
- Leki i używki rozrzedzające krew
- Leki sterydowe (6-12 miesięcy po odstawieniu leków) Naskórek po sterydach jest cienki, a naczynia krwionośne rozszerzone
- Odżywki do rzęs/ brwi (1-2 miesięcy po odstawieniu). Odżywki są zazwyczaj na sterydzie. Naczynia krwionośne są rozszerzone
- Przedłużone rzęsy. Możliwość m.in. uszkodzenia naturalnych rzęs przy przemywaniu.
- Szczepienie COVID 19 (do 4 tygodni po szczepieniu)
- Powiększone usta w czasie do 4 tygodni wstecz (podrażnienie, opuchlizna, zaburzenie naturalnego kształtu
- Botoks – 4 tygodnie po ostrzyknięciu . Zaburzenie mięśni mimicznych twarzy
- Łuszczyca- znaczne prawdopodobieństwo nieprzyjęcia pigmentu. Możliwość wywołania dodatkowych ognisk zapalnych
- Zabiegi z zakresu medycyny/ chirurgii estetycznej (plastyka powiek, lifting) możliwość wykonania zabiegu po 6 miesiącach
- Aktywna opryszczka
- Choroby tarczycy (Hashimoto)- zwiększone prawdopodobieństwo szybszego wyluszczenia pigmentu
- Problemy z krzepiwością krwi (hemofilia) - Zwiększone prawdopodobieństwo rozlania pigmentu, utrudniony proces gojenia

- Epilepsja – możliwość wywołania napadu padaczki poprzez stres
- Stany zapalne skóry poddawanej pigmentacji . Możliwość rozprzestrzeniania zmian skórnych
- Kuracja retinoidami . Możliwość wykonania zabiegu po upływie 6 miesięcy
- Intensywna opalenizna – zaburzenie prawidłowej oceny tonacji naskórka
- Przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ)
- Przyjmowanie antybiotyków, sterydów
- Spożycie alkoholu 24h przed zabiegiem

Oświadczam, że nie występują u mnie żadne z wyżej wymienionych czynników lub okoliczności, stanowiących przeciwwskazania do wykonania zabiegu i mam świadomość, że w przypadku ich zatajenia biorę na siebie pełną odpowiedzialność za negatywne skutki wykonanego zabiegu, w tym możliwość wystąpienia powikłań.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, technice i sposobie wykonania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu, możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku, o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach

Jestem świadoma/y, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowany przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został określony przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami

Zobowiązuję się do natychmiastowego i osobistego skontaktowania się z lekarzem/specjalistą w przypadku wystąpienia u mnie zdarzenia niepożądanego, w przypadku jego utrzymywania się przez okres dłuższy niż jeden tydzień i/lub o wystąpieniu jakiegokolwiek innego zdarzenia niepożądanego

Została przekazana mi szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informację na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane przed wykonaniem zabiegu. Poinformowano mnie o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta i zależą od indywidualnych cech anatomicznych pacjenta oraz stanu skóry przed zabiegiem. Z tego powodu jestem świadoma/y, że w wyniku wykonania zabiegu mogą występować inne powikłania, których nie da się przewidzieć oraz nie będę z tego powodu wnosić roszczeń odszkodowawczych

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/em wszelkich dodatkowych i wyczerpujących informacji na temat mojego stanu zdrowia, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, alergii, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegu lub ewentualne następstwa zdrowotne po jego wykonaniu, a także oświadczam, że nie jestem pod wpływem alkoholu lub środków odurzających jak również nie przyjmowałam/em ich w okresie co najmniej 48 godzin przed rozpoczęciem zabiegu

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią obowiązku informacyjnego przedłożonego mi przez administratora moich danych osobowych- firmę Just Beauty Justyna Głogowska – w zakresie przetwarzania danych osobowych zgonie z treścią Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w tym z treścią przysługujący mi praw w zakresie przetwarzania danych osobowych zarówno w zakresie zawartej umowy jak i dobrowolnie wyrażonych zgód i dobrowolnie wyrażonych zgód

DATA ORAZ PODPIS

.....

FORMULARZ DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA

Wykaz wszystkich leków przyjmowanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy

.....
.....

Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/i : aspirynę, ibuprofen, spożywał/a alkohol	TAK/ NIE
Czy w ciągu ostatniego roku był/a Pan/i poddawany/a chemioterapii lub radioterapii	TAK/NIE
Czy ma Pan/i stwierdzoną alergię (np. lateks, lidokaina, metale, kosmetyki kolorowe)	TAK/NIE
Czy korzystał/a Pan/i ze znieczulenia stomatologicznego	TAK/NIE
Rezonans magnetyczny planowany w ciągu najbliższych 3 miesięcy	TAK/NIE
Zabieg laserowy lub IPL planowany w ciągu najbliższych 3 miesięcy	TAK/NIE
Czy przed zabiegiem stosował/a Pani antybiotyki	TAK/NIE

DATA I PODPIS

.....

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU MAKIJAŻU PERMENENTNEGO

Makijaż permanentny jest innowacyjną formą mikropigmentacji. Określenie koloru, kształtu i miejsca wykonania makijażu następuje w trakcie konsultacji bezpośrednio poprzedzających wykonanie zabiegu. Test wrażliwości na pigment nie gwarantuje, że nie wystąpi reakcja alergiczna. W trakcie zabiegu i po jego zakończeniu może wystąpić reakcja wrażliwości na środki znieczulające. Pigmenty stosowane w trakcie zabiegu nie są toksyczne, a 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. W niektórych przypadkach , pomimo korekt, nie udaje się osiągnąć pożądaných rezultatów ze względu na nierówną absorpcję pigmentów przez skórę

Podczas każdego zabiegu zachowywane są najwyższe normy higieniczne oraz używane są jednorazowe kartdridże, nasadki i igły jednorazowe oraz wysterylizowane nasadki metalowe. Każdy zabieg to proces wymagający wielokrotnej aplikacji pigmentu w celu uzyskania pożądaných rezultatów. Zabieg kontrolny (przypominający), jeśli będzie wymagany, powinien zostać wykonany w ciągu 6 tygodni -3 miesięcy od pierwszego zabiegu. Zabieg przypominający wykonuje się po 6 tygodniach od pierwszej aplikacji, aby miejsce zabiegu zdążyło się całkowicie zagoić.

Koszt dopigmentowania to 50 zł

Pigment może przemieszczać się pod skórą, jednak nie zdarza się to często. Makijaż permanentny jest zabiegiem inwazyjnym, a wprowadzanie pigmentu w skórę może być bolesne. W przypadku utraty włosów rzęs lub brwi 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. W rzadkich przypadkach podczas zabiegów wykonania kreski na powiekach może dojść do uszkodzenia rogówki. Na rezultat zabiegu tj. pogorszenie oczekiwanego efektu, wpływ mają takie czynniki jak: przyjmowane leki, cechy skóry – tj. sucha/tłusta/zniszczona słońcem itp., naturalny kolor skóry, spożywanie alkoholu i palenie papierosów, ogólny stres, osłabiona odporność, zła dieta.

Po zakończeniu zabiegu może wystąpić opuchlizna i zaczerwienienie skóry, które ustąpią w ciągu 1-7 dni w zależności od prowadzonego trybu życia. W niektórych przypadkach mogą pojawić się sińce. Przez okres do dwóch tygodni po zabiegu należy ograniczyć stosowanie kosmetyków, długotrwałego kontaktu z wodą, nadmiernego pocenia, ekspozycji na promienie słoneczne.

Niewłócznie po zabiegu jego efekt może być od 40 do 60% ciemniejszy niż pożądanym a jego stopniowe rozjaśnienie może potrwać od 4- 10 dni. Rzeczywisty kolor będzie widoczny po 1 miesiącu od każdej aplikacji , przy czym kolor może różnić się w zależności od tonu skóry, typu skóry, wieku i stanu skóry. Niektóre typy skóry przyjmują kolor łatwiej niż inne i nie można udzielić gwarancji jaki dokładnie efekt lub kolor zostanie uzyskany

Jeśli wcześniej wystąpiła opryszczka w przypadku makijażu permanentnego ust po zabiegu może ona pojawić się ponownie . Leki przeciw opryszczce , także te dostępne bez recepty , zapobiegają jej wystąpieniu lub minimalizują jej objawy. W przypadku wcześniejszych chorób lub infekcji oczu, mogą one wystąpić ponownie po wykonaniu zabiegu na powiece . W takim przypadku powinno się stosować odpowiednie leki zapobiegające ponownemu wystąpieniu takich stanów

Przez okres do dwóch tygodni po wykonaniu makijażu permanentnego ust może wystąpić uczucie suchych ust .

W przypadku konieczności poddania się rezonansowi magnetycznemu w terminie krótszym niż 6 miesięcy od dnia, w którym został wykonany zabieg makijażu permanentnego, należy bezwzględnie poinformować lekarza o tym zabiegu kosmetycznym.

Należy przestrzegać wszelkich instrukcji przed i po zabiegu w celu zapobieżenia powikłań a w szczególności wystąpienia zakażenia lub powstawania blizn

Rysunek przed zabiegiem został w pełni dopracowany przez osobę wykonującą zabieg i w pełni akceptuję jego kształt i formę. Rozumiem, że jest to bardzo ważny aspekt zabiegu. Sprawdziłam kształt i wykluczam możliwą asymetrię na tym etapie

DATA I PODPIS

.....

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

DATA I PODPIS

.....