

ANKIETA KLIENTA DO CELÓW MAKIJAŻU PERMAMENTNEGO BRWI



Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

- Czy cierpi Pani na którąś z poniższych chorób?

Zaćma TAK / NIE

Jaskra TAK / NIE

Choroby alergiczne oczu TAK / NIE

Choroby układu hormonalnego TAK / NIE

Nadpobudliwość TAK / NIE

Anemia TAK / NIE

- Czy jest Pani poddawana chemioterapii w ostatnim półroczu?
(leukocyty muszą być powyżej 2000) TAK / NIE
- Czy choruje Pani na nowotwór?
(do 5 lat po przebytej chorobie tylko i wyłącznie za pisemną zgodą lekarza) TAK / NIE
- Czy ma Pani alergie? TAK / NIE
- Czy w ostatnim czasie były infekcje lub operacje w okolicach oczu? TAK / NIE
- Czy w przeszłości występowały alergie lub choroby oczu? TAK / NIE
- Czy obecnie jest stosowane jakieś leczenie? TAK / NIE
- Czy jest Pani w ciąży? TAK / NIE
- Czy obecnie karmi Pani piersią? TAK / NIE
- Czy choruje Pani na cukrzycę? TAK / NIE
- Czy choruje Pani na łuszczycę? TAK / NIE
- Czy choruje Pani na nadciśnienie lub niekontrolowane skoki? TAK / NIE
- Czy choruje Pani na łysienie plackowate? TAK / NIE
- Czy choruje Pani na hemofilię? TAK / NIE
- Czy przyjmuje Pani sterydy? TAK / NIE
- Czy cierpi Pani na choroby autoagresji? TAK / NIE
- Czy cierpi Pani na hashimoto? TAK / NIE
- Czy ma Pani skłonności do bliznowców? TAK / NIE
- Czy jest Pani alergikiem? TAK / NIE

- Czy miała Pani kiedykolwiek uczulenie na:
tlenek żelaza TAK / NIE
gliceryne TAK / NIE
tlenek tytanu TAK / NIE
lidokaine TAK / NIE
adrenaline TAK / NIE
epinefryne TAK / NIE
benzokaine? TAK / NIE
- Czy zażywa Pani leki rozrzedzające krew? TAK / NIE
- Czy była Pani poddawana w ostatnim czasie zabiegom medycyny estetycznej?
Botox, kwas, wypełniacze? Zalecana kolejność: najpierw makijaż. TAK / NIE
- Czy przyjmowała Pani dziś aspiryne/apap/ibuprofen? TAK / NIE
- Czy piła Pani dziś kawę? TAK / NIE
- Czy spożywała Pani alkohol w dniu poprzedzającym zabieg? TAK / NIE
- Czy jest Pani pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających? TAK / NIE
- Czy cierpi Pani na choroby oczu? TAK / NIE
- Czy cierpi Pani z powodu częstych zakażeń wirusem opryszczki? TAK / NIE
- Czy w ostatnich dniach czuła Panio dyskomfort z powodu infekcji, temperatury,
złego samopoczucia lub nadmiernego osłabienia? TAK / NIE
- Czy Pani lub ktoś z Pani rodziny choruje na choroby przenoszone drogą krwi?
AIDS, HIV, żółtaczka typu C? TAK / NIE
- Czy była Pani szczepiona na wirusowe zapalenie wątroby? WZW TAK / NIE
- Czy w ostatnim półroczu była Pani hospitalizowana? TAK / NIE
- Czy w ostatnim półroczu miała Pani pobieraną krew? TAK / NIE
- Czy w ostatnim półroczu korzystała Pani z usług fryzjerskich i została
skaleczona? TAK / NIE
- Czy w chwili obecnej zarzywa Pani jakieś leki? TAK / NIE
- Czy na stałe jest Pani pod opieką porani specjalistycznej? TAK / NIE

Data i miejsce

.....

Podpis

.....

Wyrażam zgodę na wykonania zdjęć przed, po oraz w trakcie wykonywania zabiegu, które mogą być wykorzystane do celów reklamowych.

Data i miejsce

.....

Podpis

.....

POINFORMOWANO MNIE, ŻE:

- Makijaz permanentny przy prawidłowej pielęgnacji utrzymuje się średnio około 6 miesięcy do 3 lat w zależności od metody. W tym czasie zmienia swoją intensywność. Trwałość pigmentacji jest ograniczona i wpływa na nią także częste opalanie, eksfoliacje skóry oraz typ cery.
- W pierwszych dniach po zabiegu kolor będzie ciemniejszy, jednak zostałam poinformowana przed rozpoczęciem zabiegu o orientacyjnym wyniku koloru docelowego.
- Po pierwszym zabiegu pigment może wyłuszczyć się do 50-70 %.
- Jednorazowe dopigmentowanie następuje w przedziale 4-6 tygodni bez dodatkowych opłat.
- Każdy etap zabiegu będzie udokumentowany poprzez fotografię.
- Zależnie od typu skóry, jeżeli konieczne będą czynności uzupełniające, koszty tych czynności będą obliczane odrębnie w zależności od nakładu pracy.
- Po roku czasu od pierwszej wizyty powinnam zgłosić się na konsultację, aby ocenić reakcje pigmentu w skórze. Przy niektórych metodach makijażu może być konieczne wykonanie korekty uzupełniającej do roku czasu. Każda korekta ustalana jest indywidualnie w zależności od rodzaju skóry. Korekta do roku czasu kosztuje 50% aktualnej ceny podanej w cenniku.
- Po zabiegu tego samego dnia nie pić alkoholu.
- Przez 4-5 dni nie stosować mydła i środków podrażniających oraz kosmetyków kolorowych.
- Przez 2-3 dni nie moczyć wodą.
- W trakcie zabiegu następuje przerwanie ciągłości naskórka. Nie wolno zdrapywać strupka, pocierać go. Zaleca się stosowanie maści łagodzącej 2 razy dziennie przez kilka dni do tygodnia. (Bepanten lub Alantan plus).
- Pod koniec dnia ściągnąć nadmiar maści czystym wacikiem bądź nasączonym Oscanisepem.

Celem zagwarantowania skutecznego przebiegu leczenia należy przez pierwsze 10 dni po zabiegu unikać:

- nadmiernego promieniowania UV, długotrwałego kontaktu z wodą
- pobytu w saunie, solarium, pływania, zimnego powietrza (jazdy na nartach)
- samowolnego usuwania skórki pigmentacyjnej
- nosicieli wirusa opryszczki (Herpes) mogą się liczyć z wystąpieniem jego objawów po zabiegu
- nie stosować preparatów do pielęgnacji innych niż ustalone z linergistką (szczególnie zawierających antybiotyki lub składniki zbyt silnie przyspieszające proces gojenia!!!)

Po zabiegu może wystąpić:

- zaczerwienienie, podrażnienie, swędzenie, miejscowe czasowe opuchnięcie, uczucie napięcia skóry.

Osoby z tendencją do keloidów lub skórą trudno gojącą się powinny poinformować o tym kosmetyczkę przed zabiegiem.

Data i miejsce

.....

Podpis

.....

Zwolnienie z odpowiedzialności

Mam świadomość, że poddam się zabiegowi makijażu permanentnego brwi.

Upoważniam linergistkę Anastazję Steklam do wykonania zabiegu.

Rozumiem, że będę odpowiedzialna za to, aby zachowywać się spokojnie i leżeć w trakcie wykonywania zabiegu.

Zaostałam poinformowana o tym jak wygląda przebieg wybranego zabiegu, oraz o ryzyku z nim związanym.

Zostałam poinformowana o tym jak pielęgnować makijaż permanentny oraz o przeciwskazaniach zaraz po zabiegu.

Przeczytałam i w pełni rozumiem powyższy formularz. Akceptuję wyjaśnienia dotyczące wystąpienia potencjalnych komplikacji oraz opisanego ryzyka. W pełni rozumiem, że może pojawić się nieznane ryzyko nieprzewidywalne w czasie obecnym.

Oświadczam, że zawarte odpowiedzi są poprawne. Nie mam przeciwskażeń do zabiegu.

Oświadczam również, że biorę odpowiedzialność za pielęgnację makijażu permanentnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Anastazja Stekla Make Up & Lashes z siedzibą Sucha 16, 43-436 Górki Wielkie, PL, NIP: 5482594577, w celu przesyłania informacji handlowych na mój adres e-mail oraz numer telefonu podany powyżej w formularzu kontaktowym. Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przyjmuję do wiadomości, że mogę w dowolnym momencie wycofać tę zgodę poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres e-mail: anastazja.stekla@gmail.com. Wycofanie przeze mnie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest: Anastazja Stekla Make Up & Lashes z siedzibą Sucha 16, 43-436 Górki Wielskie, PL, NIP: 5482594577, e-mail: anastazja.stekla@gmail.com.

2. Administrator przetwarza dane osobowe w celu przesyłania informacji handlowych.

3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest udzielona zgoda.

4. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres 5 lat.

5. Odbiorcami danych osobowych będą: podmioty zewnętrzne dostarczające i wspierające systemy teleinformatyczne Administratora, świadczące usługi związane z bieżącą działalnością Administratora, w tym w celu umawiania wizyt – na mocy stosownych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz przy zapewnieniu stosowania przez ww. podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych.

6. Pani/Pana dane osobowe mogą podlegać profilowaniu.

7. Każdej osobie, której dane są przetwarzane, w zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

8. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Wypełnia kosmetyczna

KOLOR

KSZTAŁT

METODA

ŻYCZENIA SPECJALNE / UWAGI

Data i miejsce

.....

Podpis

.....

ANKIETA MEDYCZNA DO CELÓW ZABIEGU MAKIJAZU PERMANENTNEGO BRWI



Imie i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Wyrażam zgodę na wykonanie makijażu premanentnego brwi w dniu:

Zostałam pouczona o zabiegu makijażu długotrwałego i jego procedurzer. Zabieg będzie wykonywany na brwiach.

O rodzaju, celu i pochodzeniu wspomnianego zabiegu w zakresie istotnych jego zalet, wad i ryzyka zostałam poinformowana. Omówiono ze mną szczególnie indywidualne problemy w odniesieniu do w/w metody.

Wiem, że w trakcie zabiegu nastąpi pigmentacja mikro precyzyjną igłą za poziomie naskórka. Nie żądam dalszych wyjaśnień, potrzebnych informacji dostarczono mi podczas rozmowy wstępnej.

Moje pytania uzyskały w pełni zrozumiałe dla mnie odpowiedzi. Zostałam również pouczona o sposobie zachowania się i pielęgnacji skóry przed i po zabiegu.

Makijaz permanentny przy prawidłowej pielęgnacji utrzymuje się średnio około 6 miesięcy do 3 lat w zależności od metody. W tym czasie zmienia swoją intensywność. Trwałość pigmentacji jest ograniczona i wpływa na nią także częste opalanie, eksfolizacje skóry oraz typ cery. Wraz z upływem czasu makijaż zaczyna się rozjaśniać i blednąć, w zależności od rodzaju i typu skóry, odbywa się to u każdej klientki indywidualnie więc podanie dokładnego czasu trwania makijażu nie jest możliwe.

W pierwszych dniach po zabiegu kolor będzie ciemniejszy, jednak zostałam poinformowana przed rozpoczęciem zabiegu o oріętacyjnym wyniku koloru docelowego.

Każdy etap zabiegu będzie przedtem uzgadniany ze mną Zaplanowany efekt i rezultat końcowy będzie uprzednio narysowany i pokazany mi w lustrze. Jako klient mam prawo kontrolować przebieg kolejnych etapów.

Data i miejsce

.....

Podpis

.....