

# sloWSOUL

strefa zdrowia i naturalnego piękna

## ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU KOSMETOLOGICZNEGO

DATA: .....

WYKONUJĄCY ZABIEG: .....

RODZAJ ZABIEGU: .....

PARAMETRY ZABIEGU: .....

URZĄDZENIE: .....

### DANE OSOBOWE KLIENTA:

IMIĘ I NAZWISKO: .....

ADRES: .....

TELEFON: .....

### INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA KLIENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z wykonującym zabieg)

#### ZAZNACZ TAK LUB NIE

Czy aktualnie Pan(i) na coś choruje? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to na co: .....

Jakie leki aktualnie Pan(i) przyjmuje? **TAK** **NIE**

.....

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to na co: .....

Czy zażywa Pan(i) leki przeciwbólowe (ibuprofen, ketoprofen, naproksen)? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to ile i od kiedy: .....

Czy zażywał(a) Pan(i) antybiotyki w ciągu ostatnich 14 dni? **TAK** **NIE**

Czy w ciągu ostatnich 14dni przyjmował(a) Pan(i) szczepienie? **TAK** **NIE**

Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, antydepresanty, narkotyki? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to jakie: .....

Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę np. Accutane, Izotek? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku .....

Czy przyjmuje Pan(i) leki przeciwzakrzepowe lub aspirinę? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to jakie: .....

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? **TAK** **NIE**

lateks, lidokaina, maści, inne? Jeśli tak to, na co: .....

# sloWSOUL

strefa zdrowia i naturalnego piękna

## Czy występują u Pan(i)?:

obrzęki	TAK	NIE	pokrzywka	TAK	NIE
znamiona barwnikowe	TAK	NIE	swędzenie	TAK	NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK NIE

Czy posiada Pan(i) metalowe implanty? TAK NIE

Jeśli tak, to gdzie? Jakiego? .....

## Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby nowotworowe TAK NIE

choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn) TAK NIE

zaburzenia metaboliczne (cukrzyca) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, zaburzenia czucia, niedowładny TAK NIE

utrata przytomności, porażenia, miastenia)

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, methemoglobinemia, TAK NIE

skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie

po usunięciu zęba)

choroby psychiczne (depresja, nerwica, CHAD, schizofrenia) TAK NIE

choroby zakaźne:

żółtaczką zakaźną A TAK NIE AIDS/HIV TAK NIE

żółtaczką zakaźną B TAK NIE choroby weneryczne TAK NIE

żółtaczką zakaźną C TAK NIE

choroby skóry (łuszczyca, bielactwo, AZS, fotodermatozy) TAK NIE

opryszczka TAK NIE

inne dolegliwości jakie? .....

Czy obecnie występuje u Pan(i) opryszczka w formie aktywnej? TAK NIE

Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin? TAK NIE

Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, TAK NIE

infekcja wirusowa, bakteryjna?

Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK NIE

Czy często się Pan(i) opala? TAK NIE

Data ostatniej ekspozycji na słońce/solarium: .....

Czy używa Pan(i) samoopalaczy? TAK NIE

Czy używa Pan(i) kremów z filtrem? TAK NIE

Czy używał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem? TAK NIE

Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze TAK NIE

w miejscu które ma być poddane zabiegowi?

# slowsoul

strefa zdrowia i naturalnego piękna

Jeśli tak, to jakie: .....

**Czy w ostatnich 6 miesiącach były wykonywane jakiegokolwiek zabiegi operacyjne w znieczuleniu ogólnym bądź miejscowym?**      **TAK**      **NIE**

Jeśli tak to jakie: .....

## **PYTANIE DOTYCZĄCE KOBIET:**

**Czy jest Pani w ciąży?**      **TAK**      **NIE**

Jeśli tak to w którym miesiącu: .....

## **Czy stosuje Pani środki antykoncepcyjne?**

doustne **TAK**    **NIE**      wkładki **TAK**    **NIE**      plastry/implanty **TAK**      **NIE**

**Czy karmi Pani piersią?**      **TAK**      **NIE**

**Czy występowały kiedykolwiek u Pani zaburzenia hormonalne?**      **TAK**      **NIE**

(np. zespół policystycznych jajników)      **TAK**      **NIE**

Data ostatniej menstruacji: .....

# sloWSOUL

strefa zdrowia i naturalnego piękna

## OŚWIADCZENIE KLIENTA:

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu .....  
przy użyciu technologii .....
2. Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: (I) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu; (II) technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu; (III) pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu; (IV) objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu; (V) przewidywanym okresie utrzymania się rezultatów zabiegu; (VI) średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.
3. Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od osobniczych cech.
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuje to ryzyko.
5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem(am) możliwość zadawania pytań i uzyskałem(am) na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuje i nie będę z tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuje się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez wykonującego zabieg była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
8. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty zabiegowej lub przechowywania w albumie zabiegów.
9. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów niezwłocznie skontaktuje się z wykonującym zabieg.
10. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu, a jego rzeczywistym efektem – mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.

**Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu:**

**NAZWA ZABIEGU:** .....

**DATA I PODPIS KLIENTA:** .....

**DATA I PODPIS WYKONUJĄCEGO ZABIEG:** .....