

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

Na Zabieg Laserem Q-switch:
usuwanie tatuażu/usuwanie pmu/zabieg BLACK DOLL

Imię I Nazwisko

Adres

Numer Telefonu

Adres E-mail

Data Zabiegu.....

	Tak	Nie
1. Czy po opalaniu skóra:		
- zawsze ulega oparzeniom (fototyp I/II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- czasem ulega poparzeniom (fototyp III)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- opala się na brązowo (fototyp IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przeciwwskazania

	Tak	Nie
- Ciąża	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Karmienie piersią	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Opalanie się przed zabiegiem (mniej niż m-c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Krem Z Retinolem (mniej niż m-c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Peeling (2 tyg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Przyjmowanie leków fotouczulających, retinoidów lub tetracyklinów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Łuszczycę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Łojotokowe lub atopowe zapalenie skóry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Keloidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tak	Nie
- Egzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trądzik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nowotwory skóry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Inne choroby skóry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pielęgnacja po zabiegu:

- niedozwolone są mydła, kosmetyki z zawartością alkoholu (kilka dni po zabiegu)
- nie wykonywać peelingu
- ochrona przed słońcem, stosować kremy z wysokim filtrem
- ćwiczenia fizyczne, sauna, unikać przez okres 4-5 dni
- nawilżanie skóry 2-3 x dziennie
- makijaż co drugi dzień lub po 4-5 dniach
- kontrola po 3 tygodniach
- leczenie w nielicznych przypadkach-łagodna maść sterydowa

Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu laserowego – zostałam/em poinformowana/y o planowanym leczeniu o typowych konsekwencjach oraz alternatywnych sposobach leczenia. Udzielono mi odpowiedzi na zadane pytania. zobowiązuje się do stosowania się do zaleceń, oraz wyznaczonych terminów kontroli związanych z procesem kuracji. jednocześnie oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazaniem, zrozumiałam/em i akceptuję wskazania pozabiegowe.

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią obowiązku informacyjnego przedłożonego mi przez Administratora moich danych osobowych - firmę LADY.K Klaudia Rączkowska - w zakresie przetwarzania danych osobowych zgodnie z treścią Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z dnia 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 (RODO), w tym treścią przysługujących mi praw w zakresie przetwarzania danych osobowych zarówno w zakresie zawartej umowy jak i dobrowolnie wyrażonych zgód.

.....
Imię i nazwisko

.....
Data

.....
Podpis