

*Zgoda*

NA WYKONANIE ZABIEGU

*Makijażu Permanentnego*

**IMIĘ I NAZWISKO:** .....

**DATA ZABIEGU :** .....

Ustalono, że celem zabiegu jest makijaż permanentny w obszarze: .....

Wspólnie ustalone użyte pigmenty: .....

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ :**

Chciałabym, aby efekt BRWI był:

- ☐ intensywny (jeżeli masz tłustą i porowatą skórę porozmawiaj o tym z linergistką)
- ☐ ciemny
- ☐ średni
- ☐ jasny
- ☐ cień wzmacniający kształt i naturalnie wpasowujący się w moje brwi
- ☐ efekt makijażu / henny
- ☐ efekt rekonstrukcji włosów brwi

Chciałabym, aby efekt UST był:

- ☐ intensywny,
- ☐ średni,
- ☐ jasny
- ☐ Gęsto zapigmentowany jak szminka
- ☐ Lekko zapigmentowany i transparentny
- ☐ Wyrównany kolor ust w naturalnym odcieniu

Chciałabym, aby efekt KRESEK na oczach był:

- ☐ intensywny,
- ☐ średni,
- ☐ Zaznaczał linię rzęs
- ☐ Dekorował linerem oko ( Skonsultuj czy ta opcja nie zmniejszy optycznie twojego oka)

## PRZECIWSKAZANIA DO ZABIEGU

Zostałem/am poinformowany/a o następujących przeciwwskazaniach do zabiegu, wobec czego oświadczam, że NA DZIEŃ DZISIEJSZY: (**Proszę zaznaczyć prawdziwe stwierdzenie**).

- ☐ Nie jestem w ciąży
- ☐ Nie karmię piersią. Zostałam poinformowana, że podczas laktacji gospodarka hormonalna może być nieuregulowana i efekt zabiegu może się różnie utrzymywać;
- ☐ Dotychczas nie wystąpiła u mnie nigdy reakcja alergiczna na barwniki stosowane do pigmentacji, na farby fryzjerskie,
- ☐ Dotychczas nie wystąpiła u mnie nigdy alergii na lidocainę, (w razie potrzeby jest używana);
- ☐ Nie mam dermatologicznych zmian skórnych w obszarze poddawany zabiegowi (trądzik ropowiczy, stany ropne, alergiczne lub grzybicze zmiany w okolicach podlegających zabiegowi, naczyniaki, liszaje, brodawczaki, przerwania ciągłości naskórka, poparzenia słoneczne);
- ☐ Nie mam łuszczycy (w fazie aktywnej), (efekt Koebnera);
- ☐ Nie mam bielactwa (efekt Koebnera)
- ☐ Nie mam nieustabilizowanej cukrzycy;
- ☐ Nie mam hemofilii- zaburzenia krzepliwości krwi;
- ☐ Nie mam choroby nowotworowej;
- ☐ Nie mam żółtaczki i HIV;
- ☐ Nie mam arytmii serca; .....podpis
- ☐ Nie mam epilepsji;
- ☐ Nie mam opryszczki;
- ☐ Nie mam nadpobudliwości nerwowej, tików nerwowych;
- ☐ Nie mam choroby gałki ocznej (w przypadku makijażu powiek);
- ☐ Nie mam stanów zapalnych spojówek i oczu (w przypadku makijażu powiek);
- ☐ Nie miałem/am zabiegów operacyjnych oczu (w przypadku makijażu powiek);
- ☐ Nie mam stwardnienia siatkówki (w przypadku makijażu powiek);
- ☐ Nie mam skóry z tendencjami do koloidów i blizn;
- ☐ Nie jestem w trakcie kuracji sterydowej;
- ☐ Nie wykonywałam zabiegu LAMINACJI w obszarze pigmentacji w ostatnich 6 tygodniach ( i nie będę wykonywała przez kolejne 6 tygodni)
- ☐ Nie jestem w trakcie antybiotykoterapii (odstęp od odstawienia wynosi min. 2 tygodnie);
- ☐ Nie stosuję leków rozrzedzających krew np. acord, ibuprom. Leki, które rozrzedzają krew, powodują większe krwawienie podczas zabiegu, a co za tym idzie większe ryzyko nieprzyjęcia się pigmentu;
- ☐ Nie stosuję leków do aplikacji miejscowej w obszarze objętym zabiegiem;
- ☐ Nie miałem/am przeprowadzonego zabiegu złuszczenia naskórka przez okres 4 tygodni przed zabiegiem;
- ☐ Nie stosowałem/am odżywek do rewitalizacji, stymulacji wzrostu brwi i rzęs w okresie 3-6 m-cy przed zabiegiem (makijaż brwi, kreski powiek);
- ☐ Nie miałem/am ostrzykniętych ust wypełniaczem (min. 2 miesiące przed zabiegiem);
- ☐ Nie jestem w trakcie leczenia stomatologicznego ( makijaż ust);
- ☐ Nie zażywam leków retinoidowych;
- ☐ Nie mam podwyższonej temperatury i przeziębienia w dniu zabiegu;
- ☐ Nie spożywałem/am alkoholu i środków odurzających w ostatnich 24h.

- ☐ Nie przyjmuję niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ typu aspiryna, ibuprofen, naproksen)
- ☐ Nie mam skóry tłustej, porowatej i grubej (przeciwwskazanie przy metodzie włosowej).
- ☐ W ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywałam/a Pan/i zabiegi kosmetyczne, paznokcie, rzęsy w innym salonie?
  - ☐ TAK ☐ NIE
- ☐ Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywałam/a Pan/i zabiegi medyczne/operacje?
  - ☐ TAK ☐ NIE
- ☐ Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystałam Pan/i z usług stomatologicznych?
  - ☐ TAK ☐ NIE
- ☐ Nie mam choroby autoimmunologicznej
- ☐ Choroba autoimmunologiczna jest przeciwwskazaniem do zabiegu. Nie jest wiadomo jak zachowa się pigment w skórze. Zostałam poinformowana o wszystkich przeciwwskazaniach i powikłaniach pozabiegowych i mimo wszystko świadomie decyduję się na zabieg;
- ☐ ..... jest przeciwwskazaniem do zabiegu. Nie jest wiadomo jak zachowa się pigment w skórze. Zostałam poinformowana o wszystkich przeciwwskazaniach i powikłaniach pozabiegowych, i mimo wszystko świadomie decyduję się na zabieg;
- ☐ przyjmuję leki :.....

Podpis klienta/ki .....

## MOŻLIWE NATURALNA REAKCJE ORGANIZMU NA ZABIEG

Zostałem/am poinformowany/a o przebiegu zabiegu i możliwości naturalnego wystąpienia po zabiegu reakcji organizmu:

- swędzenia w okresie gojenia;
- pojawienia się strupów i złuszczenia naskórka w miejscu zabiegu;
- makijaż w pierwszych dniach po zabiegu będzie znacząco ciemniejszy;

## MOŻLIWE POWIKŁANIA

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań po zabiegu w postaci:

Ryzyko wystąpienia – częste:

- obrzęk;
- rumień;

Ryzyko wystąpienia – rzadkie:

- zakażenie wirusowe;
- zakażenie bakteryjne;
- infekcje grzybicze;
- zaostrzenie współistniejących chorób skóry;

Ryzyko wystąpienia – bardzo rzadkie:

- blizny, zmiany barwnikowe hiper- i hipopigmentacyjne
- migracja pigmentu;
- alergie na pigment po czasie;
- kolor odbiegający od naturalnego;
- nierównomierne rozłożenie pigmentu,

## PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO ZABIEGU POINFORMOWANO MNIE, ŻE:

1. **Efekty zabiegu** uzależnione są od wielu czynników, m.in:

**BIOCHEMII SKÓRY**

**RODZAJU I ODCIENIA SKÓRY**

**KOLORU ZASTOSOWANEGO PIGMENTU**

**ZASTOSOWANEJ TECHNIKI**

Wobec czego nie da się w pełni zagwarantować oczekiwanych wyników zabiegu, ani, że będą one identyczne w przypadku każdego klienta.

2. **Ilość oraz efekt zabiegów** jest uwarunkowany dla każdej osoby indywidualnie.

3. **Trwałość** makijażu permanentnego, przy właściwej pielęgnacji, wynosi od 6 miesięcy do kilku lat.

4. **Utrzymanie pigmentu** w skórze zależy od wielu czynników:

**OBSZARU zabiegu** (brwi utrzymują się najkrócej)

**RODZAJU CERY** (na tłustej cerze barwnik wypłukuje się szybciej)

**WŁAŚCIWEJ PIELĘGNACJI I NAWILŻENIA** (słońce, solarium, peelingi nie mają dobrego wpływu na makijaż)

**KOLORU wykonanego makijażu** (jasne kolory wypłukują się szybciej)

**METODY:**

-Cień/Puder/Pixel – utrzymuje się dłużej ze względu na duże zagęszczenie i warstwową gradację pigmentu

-Metoda włosą – ze względu na metodę włos – przerwa, może utrzymywać się od 6 miesięcy do 1,5 roku. Włosy pod skórą z czasem stają się grubsze, pigment może rozlewać się w skórze. Należy też pamiętać, że każda skóra jest inna i TRWAŁOŚĆ BARWNIKA nie jest do końca przewidywalna. Nie jest to zależne od Klienta, ani od wykonującego zabieg.

Podpis klienta/ki .....

## WAŻNE !!!

- Nie wykonujemy brwi w kolorze czarnym, ponieważ jest to połączenie zimnych barw, które po czasie wypłukują się w chłodne tony: grafit i niebieski. Brąz jest połączeniem czarnego i pomarańczowego, dlatego brwi wykonane brązem mogą w niektórych skórach wybarwiać się na łososiowy kolor, bardzo chłodne brązy mają tendencję do wybarwiania się w szarość, z racji większej ilości barwy czarnej w pigmencie.
- Zaleca się wykonanie ODŚWIEŻENIE po około 7-12 m-cach, ponieważ pigment przesuwa się w głąb skóry, wybarwia się na różne odcienie, w zależności od typu i subtonu skóry. W przypadku brwi najczęściej może być to kolor łososiowy lub popielaty. Mimo, że stosujemy pigmenty z neutralizatorem, to nie jesteśmy w stanie przewidzieć efektu po dłuższym czasie niż rok.
- PRZED planowanym zabiegiem ODŚWIEŻENIA (po około roku) , ZALECANA JEST najpierw KONSULTACJA, w celu określenia czy potrzebny będzie zabieg laserowy w celu neutralizacji niechcianego odcienia w skórze, czy można przystąpić bezpośrednio do pokrywania skóry pigmentem.

W szczególnych przypadkach należy usunąć makijaż permanentny LASEREM zanim wykona się nowy:

- Poszczególne etapy zabiegu będą uzgadniane i przedstawiane mi w celu akceptacji;
- W zależności od oczekiwanego efektu- możliwe będzie dopigmentowanie (najszybciej po upływie min. 1 miesiąca od zabiegu, lub w innym terminie po zabiegu, jednak nie później niż do upływu 2 miesięcy). Koszt 1-szego dopigmentowania wliczony jest w cenę zabiegu. Jeżeli nie zostało ono wykonane z powodów osobistych klienta, po okresie dłuższym niż 2 miesiące, jest wyceniane indywidualnie .
- Gdyby do 6 miesięcy pojawił się niespodziewany problem z kolorem, lub osadzeniem się pigmentu w skórze, proszę zgłosić się do salonu na konsultację, być może skóra nie przyjmuje pigmentu, wtedy zaleca się powtórzenie zabiegu makijażu permanentnego bezpłatnie lub wycena jest indywidualna. W niektórych przypadkach, zalecane jest odświeżenie makijażu częściej niż przeciętnie (tj po ok 6 m-cach), i cena ustalana jest również indywidualnie (najczęściej jest niższa).
- Kiedy klientka decyduje się na odświeżenie przebarwionych brwi bez użycia lasera, to musi być świadoma, że pozostawiony pod skórą barwnik może pojawić się na nowo po pewnym czasie od wykonanej pigmentacji.
- W szczególnych okolicznościach drugie dopigmentowanie jest wyceniane indywidualnie.
- Przed zabiegiem zapoznałam się z treścią:
  - **REGULAMINU PMU**
  - **ZALECENIAMI PRZEDZABIEGOWYMI**
  - **ZALECENIAMI I PIELĘGNACJĄ POZABIEGOWĄ**
  - **PRZECIWSKAZANIAM DO ZABIEGU**

Podpis klienta/ki .....

## OŚWIADCZENIA I ZGODA NA ZABIEG

W dniu ..... 20..... r. zostałam(em) pouczona(y) o procedurze zabiegu makijażu permanentnego. Przedstawiono mi zalety i wady wspomnianego zabiegu, jego cel, sposób przeprowadzenia, przeciwwskazania oraz ryzyka powikłania.

Opisano metodę jaka będzie zastosowana podczas zabiegu. Wyjaśniono wszystkiego moje wątpliwości, w zrozumiały dla mnie sposób. Wiem, że nastąpi ingerencja w skórę, w celu wprowadzenia pigmentu.

Zostałam(em) pouczona(y) o sposobie pielęgnacji miejsc zabiegowych, zarówno przed i po zabiegu.

Zgadzam się na wybrany wspólnie kształt i kolor pigmentu. Nie żądam dalszych wyjaśnień.

Będę stosować się do zaleceń pozabiegowych, które otrzymałam/em w formie pisemnej.

Oświadczam, że przeczytałam/am ze zrozumieniem całe powyższe oświadczenie oraz że świadomie i dobrowolnie poddaję się zabiegowi. Treść tego dokumentu była ze mną szczegółowo omówiona przed zabiegiem. Miałem/am możliwość zadawania pytań i uzyskałam/am wyczerpujące odpowiedzi. Procedury zabiegu zostały mi przedstawione w sposób przystępny.

Wyrażam zgodę na wykonanie makijażu permanentnego na mojej osobie, jednocześnie w pełni akceptuję warunki regulaminu załączonego do niniejszej zgody.

Nie będę rościć pretensji, jeśli makijaż będzie zmieniał po czasie swój kolor, ponieważ zostałam(em) o tym poinformowana(y).

Nie roszczę pretensji w przypadku powikłań związanych z chorobami, o których w chwili obecnej nie wiem.

O zmianie stanu zdrowia poinformuję niezwłocznie.

☐ Wyrażam zgodę na wykonanie badań morfologicznych, w przypadku zakłucia igłą podczas zabiegu.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę Centrum Urody UłanaVisage w celu wykonania usługi makijażu permanentnego. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

\* Podstawa prawna: pkt 32, pkt 42, pkt 43, pkt 171 preambuły, art. 4 pkt 11, art. 5 ust. 1 lit. b, art. 7 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. oraz z dnia 10 maja 2018 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str.

☐ Wyrażam zgodę na wykonanie fotografii w celu oceny efektywności zabiegu.

☐ Wyrażam zgodę na bezterminową i nieodpłatną publikację zdjęć przed i po wykonaniu makijażu permanentnego na stronie internetowej, portalach społecznościowych (Facebook, Instagram itp.) a także materiałach promocyjnych Salonu, na czas nieokreślony. Zależy nam na wykonaniu dobrego zdjęcia, które będzie zadowalające dla obu stron.

Podpis klienta/ki .....



## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy:

- Administratorem Państwa danych osobowych, zbieranych podczas rejestracji w naszym gabinecie, odpowiedzialnym za zapewnienie bezpieczeństwa Państwa danych osobowych, adres e-mail:
- Przetwarzanie Państwa danych osobowych jest niezbędne w celu zrealizowania naszej usługi, a w szczególności: założenia przez Centrum Urody UłanaVisage karty z historii odbytych zabiegów, wysyłania wiadomości e-mail/SMS z przypomnieniem o wizycie, czy wystawienia rachunku lub faktury. Podstawa prawna zbierania tych danych jest art. 6 ust. 1 pkt. b Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- W trakcie rejestracji w naszym gabinecie prosimy o następujące dane osobowe: imię i nazwisko); numer telefonu; adres mailowy.
- Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do skorzystania z usług naszego gabinetu. W przypadku niepodania danych nie będą mogli Państwo skorzystać z naszych świadczeń.
- Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:

- Żądania od Administratora dostępu do Pani/Pana danych osobowych,
- Żądania od Administratora sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
- Żądania od Administratora usunięcia Pani/Pana danych osobowych,
- Żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- Wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- Przenoszenia Pani/Pana danych osobowych,
- Wniesienia skargi do organu nadzorczego
- Państwa dane nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą wyłącznie instytucje upoważnione z mocy prawa.
- Państwa dane nie będą podlegały profilowaniu.
- Administrator danych nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- Państwa dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres korzystania z usług naszego gabinetu oraz nie dłużej niż 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym przestali Państwo korzystać z naszych świadczeń.
- Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

Pieczęć gabinetu

Data i czytelny podpis Klienta

Podpis klienta/ki .....