

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenia:

Telefon kontaktowy:

INFORMACJE OGÓLNE

- przed zabiegiem na twarzy zostanie wykonany rysunek wstępny, który wraz z kolorem pigmentu będzie przedstawiony do akceptacji; akceptując kolor należy pamiętać, że wpływ na końcowy efekt pigmentacji mają typ i odcień skóry, a ostateczny odcień nie jest możliwy do przewidzenia; po akceptacji rozpocznie się pigmentacja przeprowadzana jednorazową igłą na poziomie naskórka.
- bezpośrednio po zabiegu może wystąpić zaczerwienienie, zasinienie, podrażnienie, swędzenie, miejscowe czasowe opuchnięcie, uczucie napięcia skóry; w przypadku ust kolor będzie intensywnie czerwony bez względu na wybrany odcień pigmentu
- w pierwszych dniach po zabiegu skóra będzie się łuszczyła; w przypadku brwi odcień pigmentacji przez ok. 10 dni (do czasu pełnego zagojenia) będzie ciemniejszy od docelowego; w przypadku ust przez okres do 3 tygodni usta mogą zmieniać odcień i nasycenie.
- zabieg składa się z dwóch etapów; drugi etap (dopigmentowanie) powinien być przeprowadzony po upływie 1 do 3 miesięcy.
- efekt zabiegu utrzymuje się przez okres 1 roku do kilku lat, przy czym kolor z upływem czasu blednie. Proces ten odbywa się u każdej klientki indywidualnie, zależy od typu skóry oraz od prawidłowej pielęgnacji przed i po zabiegu, a podanie dokładnego czasu trwałości nie jest możliwe. **Stosowanie preparatów z retinolem lub jego pochodnymi powoduje szybsze usuwanie pigmentu ze skóry.**

ZASADY PIELĘGNACJI PO ZABIEGU

- przez pierwsze 3 dni po pigmentacji brwi należy dwa razy dziennie przemywać je solą fizjologiczną
- przez pierwsze 3 dni po pigmentacji ust należy pić przez słomkę i unikać ostro przyprawionych potraw; skórę należy natłuszczać wazeliną
- 10 dni po zabiegu: nie stosować preparatów do pielęgnacji innych niż ustalone, szczególnie zawierających antybiotyki, składniki złuszczone lub przyspieszające proces gojenia; unikać promieniowania UV oraz kontaktu z wodą i zimnym/gorącym powietrzem (sauna, solarium, pływanie, jazda na nartach); unikać mechanicznego usuwania skórki pigmentacyjnej
- **osoby będące nosicielami wirusa opryszczki powinny zapobiegawczo przyjmować odpowiednie doustne leki przeciwwirusowe (dawkowanie zgodnie z ulotką); kurację należy rozpocząć najpóźniej 1 godzinę po zabiegu.**
- 30 dni po zabiegu nie wykonywać zabiegów medycyny estetycznej w obszarze objętym zabiegiem (lifting, botoks, wypełnianie itp.)
- w celu wydłużenia trwałości makijażu unikać stosowania na pigmentowanym obszarze zabiegów złuszczeniowych

INFORMACJE O ZABIEGU

Data pierwszej pigmentacji:

Data drugiej pigmentacji:

Wybrane kolory pigmentów:.....

(podpis Klienta)

Uwagi dodatkowe:

- zabieg na skórze wcześniej pigmentowanej
- korekta nieprawidłowo wykonanego zabiegu

OŚWIADCZENIE ZGODY NA MAKIJAŻ PERMANENTNY BRWI / UST *)

Oświadczam, że przekazane mi informacje są dla mnie w pełni zrozumiałe, na moje pytania uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi i nie żądam dalszych wyjaśnień. Jestem świadoma, że wystąpienie typowych negatywnych następstw o których zostałam poinformowana przed wykonaniem zabiegu ani rozbieżność między rezultatem zabiegu a moimi oczekiwaniami nie mogą być podstawą roszczeń. Biorąc pod uwagę powyższe przyjmuję na siebie ryzyko związane z zabiegiem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu. Zostałam pouczona o zasadach pielęgnacji skóry przed i po zabiegu **oraz zobowiązuję się ich przestrzegać**. Jednocześnie zgadzam się na wykonywanie zdjęć w trakcie trwania zabiegu na potrzeby dokumentacji przebiegu zabiegu. Niniejsza zgoda nie oznacza zgody na wykorzystanie wizerunku.

OŚWIADCZENIE NA TEMAT STANU ZDROWIA

Oświadczam, że:

- nie mam podwyższonej temperatury ani objawów infekcji
- w ciągu ostatnich 24h nie spożywałam alkoholu, narkotyków, środków pobudzających ani leków rozrzedzających krew (aspiryna)
- nie jestem w ciąży ani w okresie laktacji
- nie mam alergii na substancje zawarte w lekach, a w szczególności na substancje znieczulające: Lidokainę, Prylokainę i Epinefrynę
- nie cierpię na epilepsję
- nie cierpię na zapalenie spojówek ani choroby oczu, zwłaszcza siatkówki lub rogówki
- nie cierpię na łuszczycę, hemofilię, zaawansowaną cukrzycę ani inne choroby skóry lub zaburzące proces gojenia
- nie mam skłonności do tworzenia blizn keloidowych (bliznowców)
- nie jestem w trakcie leczenia choroby nowotworowej
- nie jestem zarażona wirusem HIV ani wirusem zapalenia wątroby (Hepatitis)
- nie mam problemów z wysokim/ bardzo niskim ciśnieniem
- nie przyjmuję silnych leków, zwłaszcza psychotropowych, przeciwgrzybiczych, sterydów, antybiotyków
- w ostatnich 6 miesiącach nie byłam poddana znieczuleniu ogólnemu
- w ostatnich 6 miesiącach nie stosowałam preparatów z retinolem czy jego pochodnymi (np. Isotec).
- w ostatnich 30 dniach nie wykonywałam zabiegów medycyny estetycznej (np. lifting, botoks itp.) w obszarze pigmentacji
- w ostatnich 30 dniach nie miałam objawów opryszczki (tzw. "zimno")
- w ostatnich 7 dniach nie poddawałam się zabiegom kosmetycznym (szczególnie złuszcającym) oraz nie opalałam się

.....
Sesja 1 (data i czytelny podpis)

.....
Sesja 2 (data i czytelny podpis)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku w formie fotografii przez wykonującą zabieg Agnieszkę Gruza. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie i powielanie wykonanych zdjęć całej twarzy/ obszaru twarzy objętego zabiegiem*) w celach marketingowych za pośrednictwem dowolnego medium, włączając w to publikację w mediach społecznościowych, na stronach internetowych i w publikacjach elektronicznych. Jednocześnie zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzeniem każdorazowego wykorzystania fotografii z moim wizerunkiem. Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą Zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw. Oświadczam, że w całości przeczytałam treść powyższej zgody i w pełni ją rozumiem.

.....
(data i czytelny podpis)