

Oświadczenie zgody

MAKIJĄŻ PERMANENTNY OŚWIADCZENIE - WYRAŻENIE ZGODY

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

W dniu podczas konsultacji wstępnej zostałam pouczona o zabiegu makijażu długotrwałego i jego procedurze. W moim przypadku zabieg będzie wykonany na:

brwiach() powiekach() ustach() inne()

Test alergiczny.....

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 mikropigmentacja jednorazową igłą, na poziomie naskórka. 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 wykonaniu zabiegu.

- Makijaż długotrwały utrzymuje się przy prawidłowej pielęgnacji przez okres 1 roku do kilku lat. Wraz z upływem czasu makijaż rozjaśnia się i blednie, w zależności od rodzaju i typu skóry. Odbywa się to u każdej klientki indywidualnie, więc podanie dokładnego czasu utrzymywania się makijażu nie jest możliwe. Również od tych cech skóry uzależniona jest trwałość i intensywność makijażu, za co osoba wykonująca zabieg mikropigmentacji nie ponosi odpowiedzialności.

- W pierwszych dniach po zabiegu rezultat zabarwienia będzie znacznie ciemniejszy, a po wyłuszczeniu i wygojeniu skóry powinno pozostać ok. 40-60% wprowadzonego pigmentu, który rozwija się w skórze, przez co nie ma żadnej gwarancji na określenie jego rzeczywistego i ostatecznego koloru.

- 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 zabiegu.

- Zależnie od typu skóry konieczne będą czynności uzupełniające (dopigmentowania). Pierwsza korekta jest wliczona w cenę i powinna być przeprowadzona po upływie minimum 28 dni, nie później niż po upływie 3 miesięcy (chyba, że ustalono inaczej). Koszty ewentualnych kolejnych korekt będą obliczane odrębnie na podstawie nakładu pracy.

Dla zapewnienia optymalnych efektów zabiegu, poleca się 24 godziny przed zabiegiem: nie pić mocnej kawy, mocnej herbaty, napojów z kofeiną, teiną, nie spożywać alkoholu, narkotyków, środków pobudzających, nie zażywać aspiryny oraz 1 tydzień przed zabiegiem: nie opalać się zbyt mocno szczególnie w solarium, nie poddawać się zabiegom z peelingami oraz ultradźwiękami, w przypadku zabiegu na ustach zaczynamy aplikowanie preparatu aseptycznego.

Celem zagwarantowania skutecznego przebiegu gojenia należy przez pierwsze 10 dni po zabiegu unikać: nadmiernego napromieniowania UV, długotrwałego kontaktu z wodą, pobytu w saunie, solarium, pływania, zimnego powietrza (jazda na nartach), samowolnego usuwania skórki pigmentacyjnej, nosicielki wirusa opryszczki (Herpes) mogą się liczyć z wystąpieniem jego objawów po zabiegu, nie spożywać ostro przyprawionych potraw, owoców morza, nie stosować preparatów do pielęgnacji innych niż ustalone z kosmetyczką, szczególnie zawierających antybiotyki lub składniki zbyt silnie przyspieszające proces gojenia !!! - niwelują one efekt zabiegu.

Po zabiegu może wystąpić: opryszczka, zaczerwienienie, podrażnienie, swędzenie, miejscowe czasowe opuchnięcie, uczucie napięcia skóry. Osoby z tendencją do keloidów lub ze skórą trudno gojącą się powinny poinformować o tym kosmetyczkę przed zabiegiem.

Zapewniam, że nie cierpię: -na chorobę krwi (Hemofilię), -zaawansowaną cukrzycę, -nie jestem w trakcie leczenia choroby nowotworowej, -nie jestem zarażona wirusem HIV lub wirusem zapalenia wątroby (Hepatitis), -nie mam problemów z bardzo wysokim ciśnieniem, -nie przyjmuję sterydów ani silnych leków, -w trakcie zabiegu nie mam podwyższonej temperatury, -w ostatnich miesiącach nie przebywałam w szpitalu, -nie poddawałam się zabiegowi ostrzykiwania ust (minimum 6 mies. przed zabiegiem), -nie mam problemów z częstym zapaleniem spojówek oraz choroby oczu, -nie mam kłopotów z częstym występowaniem wirusa opryszczki, -nie jestem w ciąży.

*W momencie zabiegu jestem zdrowa i nie spożyłam alkoholu, narkotyków ani leków *Zapewniam, że będę przestrzegała wszystkich wskazówek, które dotyczą procedury zabiegu *Będę stosowała zalecane mi preparaty specjalne, służące do optymalnego procesu leczenia *Zgadzam się z kształtem, formą i kolorem pigmentu, który wspólnie ustaliłyśmy.

Po dokładnym przemyśleniu, wyrażam zgodę na zabieg i poddaję się wszystkim okolicznościom i warunkom związanym z w/w zabiegiem makijażu długotrwałego, na własną odpowiedzialność.

Uwagi dodatkowe:

Zabieg na skórze wcześniej pigmentowanej

Zabieg / korekta makijażu zepsutego

Miejscowość i data

Osoba przeprowadzająca zabieg

Podpis klientki

.....

.....

Rodzaj zabiegu, igła, pigment/mieszanka

.....

.....

.....

.....