

KARTA KLIENTA I FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG KOSMETYCZNY

Salon: [nazwa], [adres], NIP [NIP]. **Osoba wykonująca zabieg:** [imię i nazwisko].

Klientka / klient: [imię i nazwisko], data urodzenia [data], telefon [numer], e-mail [adres].

A. Wywiad (karta klienta)

1. Ciąża lub karmienie piersią: [TAK/NIE].
2. Choroby skóry w miejscu zabiegu, opryszczka, stany zapalne: [TAK/NIE, jakie].
3. Cukrzyca, zaburzenia krzepnięcia, choroby serca, epilepsja, choroby autoimmunologiczne: [TAK/NIE, jakie].
4. Alergie, w tym na leki, lateks, barwniki, kosmetyki: [TAK/NIE, jakie].
5. Przyjmowane leki, w tym przeciwkrzepliwe, retinoidy, antybiotyki: [TAK/NIE, jakie].
6. Zabiegi w tym obszarze w ostatnich [liczba] miesiącach, w tym wypełniacze i zabiegi iniekcyjne: [TAK/NIE, jakie].
7. Skłonność do bliznowców i przebarwień: [TAK/NIE].

B. Informacja o zabiegu

Zabieg: [nazwa, np. makijaż permanentny brwi metodą [metoda]]. Przebieg: [opis]. Możliwe skutki uboczne: [np. zaczerwienienie, obrzęk, strupki, nierównomierne przyjęcie pigmentu, reakcja alergiczna]. Przeciwwskazania: [lista]. Zalecenia po zabiegu: [lista]. Termin korekty: [liczba] tygodni.

C. Oświadczenia i zgoda

1. Oświadczam, że odpowiedzi w części A są prawdziwe i kompletne, a o zmianie stanu zdrowia przed zabiegiem poinformuję salon.
2. Oświadczam, że otrzymałam informację o przebiegu zabiegu, możliwych skutkach ubocznych, przeciwwskazaniach i zaleceniach pozabiegowych, miałam możliwość zadania pytań i je rozumiem.
3. Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu opisanego w części B.
4. Wyrażam wyraźną zgodę na przetwarzanie danych o moim zdrowiu z części A w celu oceny przeciwwskazań i bezpiecznego wykonania zabiegu. Zgodę mogę wycofać w każdym czasie, co może uniemożliwić wykonanie kolejnych zabiegów.
5. [TAK/NIE] Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć przed i po zabiegu do dokumentacji salonu. [TAK/NIE] Wyrażam zgodę na ich publikację w [kanały], bez ujawniania mojego imienia i nazwiska.

[miejscowość], dnia [data]

.....
podpis klientki / klienta

Zgoda rodzica (klient poniżej 18 lat): jako rodzic albo opiekun prawny [imię i nazwisko małoletniego] wyrażam zgodę na zabieg opisany w części B.

.....
podpis rodzica albo opiekuna prawnego

Wzór przygotowany przez podpiszmy.pl. Uzupełnij pola w nawiasach kwadratowych (treść wzoru skopiujesz ze strony do edytora), zapisz jako PDF i wyślij do podpisu online: <https://podpizmy.pl/zgoda-na-zabieg-kosmetyczny-online>