

ZGODA / UMOWA NA WYKONANIE TOOTH GEMS

W trosce o bezpieczeństwo wykonywanego zabiegu prosimy o wypełnienie niniejszego dokumentu.

Daje on Państwu podstawową informację na temat przeciwwskazań do wykonania tatuażu lub piercingu, a nam pewność, że efekt pracy będzie dokładnie taki jak oczekiwaliśmy.

DANE KLIENTA

NAZWISKO

IMIĘ

DATA URODZENIA

PESEL

NUMER TELEFONU

RODZAJ USŁUGI

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

Oświadczam, iż jestem **osobą pełnoletnią / opiekunem prawnym nieletniego *** i wszelkie informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Zostałam/em poinformowana/y, że zabieg wykonania tooth gems odbędzie się w sterylnych warunkach, przy użyciu jednorazowych i sterylnych narzędzi, środków higieny.

Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń po zabiegowych w celu zachowania trwałości zabiegu. Jestem świadoma/y, że zaniechanie prawidłowego postępowania pielęgnacyjnego może doprowadzić do powikłań, infekcji lub nietrwałości ozdób. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem studia, przeciwwskazaniami, informacjami jak przygotować się do usługi oraz zaleceniami jak postępować po zabiegu oraz oświadczam, że jestem świadoma/y wynikających z tego ograniczeń.

DOTYCZY OPIEKUNÓW OSÓB NIELETNICH

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Ja (imię i nazwisko opiekuna prawnego) posiadający peselpotwierdzam, że jestem prawnym opiekunem (imię i nazwisko nieletniego), posiadającym numer pesel i wyrażam zgodę na wykonanie tatuażu / piercingu* na (część ciała) u mojego podopiecznego.

Oświadczam, że **jestem jedynym opiekunem prawnym / drugi opiekun prawny nie sprzeciwia się wykonaniu modyfikacji ciała*** nieletniego (imię i nazwisko)

Zapoznałem się z regulaminem i jestem świadomy zagrożeń i ograniczeń jakie wiążą się z przeprowadzeniem zabiegu.

Nr kontaktowy opiekuna prawnego:.....

***niepotrzebne skreślić**

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

PRZECIWWSKAZANIA BEZWZGLEDNE - INFORMACJA

terapia antybiotykami
choroby bakteryjne, wirusowe, grzybicze
bruksizm
cięża
próchnica
aparat ortodontyczny
choroby zębów/dziąseł
implanty / korony / licówki
ekstrakcja zęba/ leczenie stomatologiczne lub ortodontyczne

INFROMACJA DOTYCZĄCA ZABIEGU

Zabieg TOOTH GEMS polega na aplikacji biżuterii - ozdób na powierzchnię zębów. Zabieg należy do odwracalnych, czyli biżuterię w dowolnym momencie można usunąć (u osoby, która ją aplikowała) bez uszczerbku na jakości zęba. Ponadto zabieg kwalifikuje się do zabiegów nieinwazyjnych. Biżuterię nazębną aplikuje się tylko i wyłącznie na zdrowe zęby. Miejsce aplikacji jest ustalane z klientem, wedle panujących zasad prawidłowej aplikacji. Osoba wykonująca aplikację decyduje o lokalizacji (wysokości, odległości od krawędzi oraz sąsiadujących zębów) na powierzchni zęba, ilości ozdób, ich kształcie oraz które z zębów mogą być pokryte biżuterią uwzględniając anatomię jamy ustnej. W celu aplikacji biżuterii używa się produktów stomatologicznych. Biżuteria nazębna wykonana jest ze szkła ołowiowego. W trakcie procedury aplikacji biżuterii wzrok klienta i osoby wykonującej zabieg zabezpieczany jest okularami ochronnymi przed promieniowaniem UV. Trwałość usługi jest uzależniona od stosowania się do zaleceń jak ją użytkować. Przestrzeganie zasad dotyczących higieny i stylu życia skutkuje długotrwałością usługi.

WYPEŁNIĆ PO ZAKOŃCZENIU USŁUGI TATUAŻ / PIERCING

Oświadczam, że wykonany tatuaż/piercing został w sposób prawidłowy, zgodny z projektem oraz procedurami sanitarnymi.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

MATKA CIĘ ZABIJE



Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaczabije

📷 matkaczabije

ZGODA / UMOWA NA WYKONANIE TOOTH GEMS

INFORMACJE ZDROWOTNE

1. Czy chorowałeś/eś /chorujesz na choroby przewlekłe/narządów wewnętrznych? Jeśli tak podaj nazwę choroby
2. Czy chorujesz na chorobę zakaźną (HIV, ADIS, WZW, BORELIOZA, GRU LICA, INNE)? Jeśli tak podaj nazwę choroby
3. Czy chorujesz na schorzenia autoimmunologiczne? Jeśli tak podaj nazwę choroby.
4. Czy jesteś alergikiem? Jeśli tak, napisz na co.
5. Czy jesteś pod stałą opieką poradni? Jeśli tak, napisz pod jaką.
6. Czy przyjmujesz leki na stałe? Jeśli tak, napisz jakie.
7. Czy w ostatnim czasie przyjmowałeś/eś jakie leki? Jeśli tak podaj nazwę i czas stosowania.
8. Czy przebyłeś/eś operacje/zabiegi medyczne? Jeśli tak napisz jakie i kiedy.
9. Czy stosowałeś/eś zioła lub suplementy diety? Jeśli tak, napisz jakie.
10. Czy chorujesz lub chorowałeś/eś na nowotwór? Jeśli tak podaj okres.
11. Czy cierpisz/cierpiałeś/eś na choroby skórne? Jeśli tak, podaj nazwę choroby.
12. Czy masz tendencję do tworzenia się keloidów lub/i blizn przerosłych?
13. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin spożywałeś alkohol lub środki psychoaktywne?
14. Czy jesteś w trakcie leczenia stomatologicznego? Kiedy ostatnim razem byłeś u stomatologa?
15. Czy jesteś w ciąży lub w trakcie laktacji?
16. Czy nosiłeś/eś lubnosisz aparat ortodontyczny (zamkowy, nakładkowy lub retencyjny)? Czy planujesz leczenie ortodontyczne?
17. Kiedy ostatnio przeprowadzona została u Ciebie higienizacja jamy ustnej?
18. Czy nosiłeś/eś biżuterię nazębną? Jeśli tak podaj kiedy i jak długo.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z 27.04.2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W E (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, inaczej RODO) - Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 oraz przepisami krajowymi w zakresie ochrony danych osobowych, oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o tym, że: Administratorem danych osobowych jest Studio Tatuażu Magdalena Chechelska (Matka Cię Zabije) z siedzibą ul. Królowej Jadwigi 10, 43-600 Jaworzno, NIP: 632 - 196 - 32 - 48.

Dane będą przetwarzane zgodnie z określonym celem i nie będą przekazywane innym administratorom danych. Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawienia, uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz żądania usunięcia swoich danych osobowych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do wykonania zabiegu tooth gems.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

W myśl art. 81 ustawy o prawie autorskim i pokrewnym, zezwalam firmie Studio Tatuażu Magdalena Chechelska (Matka Cię Zabije) na nieodpłatne utrwalenie i posługiwanie się moim wizerunkiem, a w szczególności jego fragmentem, związanym z przedmiotem niniejszego oświadczenia do działań promocyjnych prowadzonych w internecie.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z regulaminem studia, przyjęłam/-ąłem do wiadomości i akceptuję wszystkie zawarte w nim punkty jak również z załącznikami do regulaminu .

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

MATKA CIĘ ZABIJE



Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaciezabije

📷 matkaciezabije