



Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaczabije

ig matkaczabije

ZGODA / UMOWA NA WYKONANIE ZABIEGU

LASEROWE USUWANIE TATUAŻU / MAKIJAŻU PERMANENTNEGO

ZABIEG LASEROWEGO USUWANIA TATUAŻU / MAKIJAŻU PERMANENTNEGO (wypełnia zabiegowiec)

Miejsce na ciele:.....

Dawka:.....

Urządzenie (laser ND:YAG Q switch) emituje wiązkę światła, która penetruje tkanki i trafia do skóry właściwej. W niej właśnie - skórze właściwej znajduje się pigment (tatuaz). Konsekwencją energii, która uderza w pigment jest jego rozdrobnienie w tkankach. Proces usuwania pigmentu ze skóry właściwej jest rozciągnięty w czasie i wynika z pracy układu immunologicznego. Układ odpornościowy deleguje w miejscu interwencji laserem komórki żerne skóry, które działają dwukierunkowo to znaczy z jednej strony transportują cząstki pigmentu do okolicznych węzłów chłonnych, a finalnie do wątroby. Z drugiej strony pozostały pigment jest otoczony makrofagami i ustabilizowany przez nie.

Zabieg laserowego usuwania pigmentu wpływa na wątrobę, dlatego bezpośrednio po zabiegu nie zaleca się jej dodatkowego obciążania używkami czy ciężkostrawnym jedzeniem. Tkanki skóry otrzymują dużą dawkę energii, co skutkuje zmianą termiki w ich obrębie. Nawet jeśli na powierzchni skóry nie zaobserwujesz żadnych zmian / przzerwania ciągłości tkanek nie ignoruj postępowania po zabiegowego.

Charakterystyczne zjawisko występujące po zabiegu to pęcherze kawitacyjne. Objawiają się jako zbieloną skórą, stan ten utrzymuje się do około 30 minut, po nim skóra wraca to pierwotnego stanu. Tkanki reagują zaczerwienieniem, opuchlizną / obrzękiem, podniesiona temperaturą. Reakcja ze strony tkanek skóry jest indywidualna, ponadto zależy od rodzaju tatuazu (głębokości, kolory, składu i jakości pigmentu). Może dojść do przzerwania ciągłości tkanek, konsekwencją czego będą strupki. Konsekwencją zabiegu może być odbarwienie tkanek, przebarwienia, zmiany struktury tkanek. Nieprawidłową reakcją tkanek na energię emitowaną przez urządzenie, przy prawidłowo dobranych parametrach może być wytworzenie się tkanki łącznej - blizny,

Odczucia towarzyszące strzałom lasera porównywalne są do strzelania gumką recepturką lub ciepłych igieł. Poziom dyskomfortu jest indywidualny, zależy od wrażliwości osobniczej, w przypadku kobiet zależy od fazy cyklu menstruacyjnego,

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU LASEROWEGO USUWANIA TATUAŻU/MAKIJAZU PERMANENTNEGO

- ciąża/laktacja
- stan osłabienia organizmu/przeziębienie gorączka/stany pooperacyjne
 - antybiotykoterapia (minimum 14 dni przerwy)
 - blizny w polu zabiegowym w trakcie przebudowy
- nowotwory
- choroby bakteryjne/wirusowe/grzybicze
- alergie
- opalenizna - minimum 14 dni przerwy od ostatniej ekspozycji na słońce
- samoopalacze, bronzery, opalanie natryskowe w miejscu zabiegowym - minimum 14 dni przerwy od ostatniego użycia
- leki i zioła fotouczulające: tetracykliny, retinoidy, dziurawiec, nagietek, rumianek (leki przerwa 6 miesięcy, zioła przerwa 1 miesiąc)
 - aktywne choroby skóry lub ogólnoustrojowe
 - peeling w miejscu zabiegowym (minimum 4 tygodnie przerwy)
- depilacja woskiem/pęsetą lub epilacja laserowa miejsca zabiegowego (2 tygodnie przerwy)
 - skłonność do bliznowców lub blizn hipertroficzych
 - leczenie sterydami miejscowo lub doustnie
 - zaburzenia krzepnięcia krwi
 - epilepsja
 - choroby hormonalne lub autoimmunologiczne
 - spożycie alkoholu 24 h przed zabiegiem
 - nadmierne oczekiwania wobec efektów zabiegowych

Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań do wykonania zabiegu oraz wiadomości dotyczące zabiegu są dla mnie zrozumiałe. Zapoznałam/em się z informacjami jak postępować po zabiegu.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS



ZGODA / UMOWA NA WYKONANIE ZABIEGU LASEROWE USUWANIE TATUAŻU / MAKIJAŻU PERMANENTNEGO

NAZWISKO.....
IMIE.....
PESEL.....
NUMER TELEFONU.....

DATA, MIEJSCOWOŚĆ

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, GRUŻLICA, 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 przeżyłeś/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/eś alkohol lub środki psychoaktywne?.....
14. Czy stosujesz odżywki do brwi/rzęs? Jeśli tak, napisz od kiedy i jakie.....
15. Czy jesteś w ciąży lub w trakcie laktacji?.....
16. Czy tatuaż/makijaż permanentny był już usuwany? Jeśli tak w jaki sposób i ile razy? Kiedy ostatnim razem?.....

Oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą. Jestem świadoma/-y, że fałszowanie informacji wpłynie negatywnie na mój stan zdrowia oraz proces zabiegowy

DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że zostały mi wręczone zalecenia pozabiegowe w formie ustnej oraz papierowej i/lub elektronicznej <https://matkaczabije.pl/dokumenty/>.

DATA, CZYTELNY PODPIS

Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaczabije

📷 matkaczabije



ZGODA / UMOWA NA WYKONANIE ZABIEGU LASEROWE USUWANIE TATUAŻU / MAKIJAŻU PERMANENTNEGO

Jestem świadoma/-y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia oraz skuteczność ewentualnej terapii są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku oraz zależą od wielu czynników w takich jak: wiek, stan zdrowia, indywidualna reakcja ze strony skóry/organizmu, historii wykonywanych zabiegów w. Rozumiem, że proces gojenia związany jest ze stanem zapalnym, obrzękami, siniakami, podrażnieniem, zaczerwienieniem.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią i wszystkie informacje zawarte w formularzu są zgodne z prawdą. Wszystkie informacje udzielone przez osobę wykonującą zabieg są czytelne, zrozumiałe i klarowne. Oświadczam, że miałam/-em możliwość zadawania pytań osobie wykonującej zabieg oraz rozważyłam wszystkie moje wątpliwości dotyczące zabiegu, wytłumaczyła mi procedurę zabiegową oraz omówiła ze mną efekty zabiegowe. Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń udzielonych mi po zabiegu. Mam wiadomo, że niewłaściwe postępowanie (nie stosowanie się do zaleceń około zabiegowych) może wpłynąć negatywnie na efekt zabiegu oraz na stan mojego zdrowia (powikłania, zakażenia, infekcję, uszkodzenie skóry, utrata zdrowia).

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o przeciwwskazaniach do zabiegu, technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu, potencjalnych reakcjach niepożądanych, sposobie działania preparatów użytych w zabiegu, potencjalnych powikłaniach oraz następstwach pozabiegowych, sposobie postępowania pozabiegu, odstępach pomiędzy zabiegami, minimalnej ilości zabiegów w pozwalającej uzyskać zamierzony efekt.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że zrozumiałam/-em, że efekty każdego zabiegu są ograniczone w czasie i zależą od wielu czynników takich jak: stan, zdrowia, przebyte choroby, pielęgnacja, powtarzanie zabiegów. Mam świadomość, że efekty zabiegu są uzależnione od genetyki, anatomii i czynników zewnętrznych (rodzaj pigmentu) i mogą odbiegać od oczekiwań lub wyobrażeń.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że odpowiedziałam/-em zgodnie z prawdą na pytania dotyczące mojego stanu zdrowia, historii chorobowej, ciąży lub jej braku, zażywanych leków, suplementach diety czy ziołach.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z regulaminem studia oraz jego załącznikami i jestem świadoma/-y wynikających z niego ograniczeń

.....
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.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaciezabije

📷 matkaciezabije