

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 **tatuażu** / **piercingu** * odbędzie się w sterylnych warunkach, przy użyciu jednorazowych igieł i sterylnych narzędzi, środków higieny.

Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych w celu prawidłowego gojenia. Jestem świadoma/y, że zaniechanie prawidłowego postępowania pielęgnacyjnego może doprowadzić do powikłań, infekcji, które w konsekwencji mogą trwale uszkodzić skórę lub wpłynąć na stan zdrowia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem studia, przeciwwskazaniami, informacjami jak przygotować się usługi oraz zaleceniami jak postępować po oraz oświadczam, że jestem świadoma/y wynikających z tego ograniczeń.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

DOTYCZY OPIEKUNÓW OSÓB NIELETNICH

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 BEZWGLEDNE - INFORMACJA

terapia antybiotykami (przynajmniej 14 dni przerwy)
terapia farmakologiczna przewlekła (np sterydy, retinodiy)
choroby układu krążenia (serce, hemofilia, nadciśnienie)
choroby skórne (bakteryjne, wirusowe, grzybicze) i alergie
blizny rozległe w trakcie przebudowy
ciąża, karmienie piersią
stany podgorączkowe
stany pooperacyjne, ekstrakcji zęba

POWIKŁANIA / SKUTKI UBOCZNE - INFORMACJA

Typowymi skutkami ubocznymi wykonania tatuażu lub piercingu, wynikającymi z naruszenia tkanek i reakcji układu immunologicznego są: rozbiecie, ból mięśni, ból pola zabiegowego, stan zapalny skóry, osłabienie, stan podgorączkowy, zaczerwienienie.

Powikłania wynikające z nieprzestrzegania zasad pielęgnacji miejsca zabiegowego lub zafałszowanie informacji na temat zdrowia to: infekcje bakteryjne lub wirusowe, problemy z gojeniem, odrzucenie implantu (pigment, biżuteria), alergie, bliznowce, keloidy, reaktywacja choroby.

WYPEŁNIĆ PO ZAKOŃCZENIU USŁUGI TATUAŻ / PIERCING

Oświadczam, że wykonany tatuaż/piercing został w sposób prawidłowy, zgodny z projektem oraz procedurami sanitarnymi. Otrzymałam/-em zalecenia pozabiegowe w formie ustnej oraz pisemnej lub elektronicznej.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaciezabije

📷 matkaciezabije

INFORMACJE ZDROWOTNE

1. Czy chorowałeś/eś / chorujesz na schorzenie przewlekłe / narządów wewnętrznych? Jeśli tak , podaj nazwę choroby
.....
2. Czy chorujesz na chorobę zakaźną (HIV, AIDS, WZW, BORELIOZA, GRUŻLICA, INNE)? Jeśli tak podaj nazwę choroby
.....
3. Czy chorujesz na schorzenia skórne (TRĄDZIK, AZS, ŁZS, ŁUSZCZYCA, INNE)? Jeśli tak podaj nazwę choroby
.....
4. Czy chorujesz na schorzenia autoimmunologiczne? Jeśli tak podaj nazwę choroby
.....
5. Czy jesteś alergikiem? Jeśli tak, napisz na co
.....
6. Czy jesteś pod stałą opieką poradni? Jeśli tak napisz pod jaką
.....
7. Czy jesteś w ciąży / w trakcie laktacji?
.....
8. Czy przyjmujesz leki na stałe? Jeśli tak napisz jakie
.....
.....
9. Czy w ostatnim czasie przyjmowałeś/eś jakieś leki? Jeśli tak podaj nazwę i czas stosowania
.....
.....
10. Czy przebyłeś/eś jakieś operacje/zabiegi medyczne? Jeśli tak napisz jakie i kiedy
.....
.....
11. Czy chorujesz lub chorowałeś/-eś na nowotwór? Jeśli tak, podaj okres
.....
.....
12. Czy masz tendencję do tworzenia keloidów lub blizn przerosłych?.....
.....
13. Czy w ciągu ostatnich 24H spożywałeś/eś alkohol lub środki psychoaktywne?
.....

.....
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:

1. 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.
2. Dane będą przetwarzane zgodnie z określonym celem i nie będą przekazywane innym administratorom danych.
3. Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawienia, uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz żądania usunięcia swoich danych osobowych.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do wykonania tatuażu/piercingu.

.....
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

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z regulaminem studia, przyjął/-am do wiadomości i akceptuję wszystkie zawarte w nim punkty jak również z załącznikami do regulaminu . Wszystko jest dla mnie zrozumiałe oraz klarowne.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaciezabije

📷 matkaciezabije

