

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY na wykonanie zabiegu



- ☐ MAKIJAŻ PERMANENTNY I TATUAŻ USUWANIE LI PIGMENTS LIFT ☐ LASER IPL
☐ MAKIJAŻ PERMANENTNY I TATUAŻ USUWANIE LASEROWE
☐ MAKIJAŻ PERMANENTNY I TATUAŻ USUWANIE KRESEK NA POWIECIE
☐ DEPILCJA LASEROWA

Imię i nazwisko

Numer PESEL Rok urodzenia

Kod pocztowy Miasto

Ulica

Numer tel. Adres e-mail

☐ **JAKO MODEL/MODELKA**

Wyrażam zgodę na zabieg wykonywany w ramach programu szkoleniowego, prowadzonego przez firmę Broadway Beauty z siedzibą w Katowicach przy ul. Ściegiennego 2. Mam świadomość, iż przedmiotowy zabieg wykonany zostanie zgodnie z zasadami sztuki kosmetycznej, pod nadzorem i według wskazań prowadzącego szkolenie kosmetyka, posiadającego odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje zawodowe do wykonywania tego rodzaju zabiegów, jednakże samo wykonanie zabiegu dokonane zostanie przez słuchacza – uczestnika szkolenia, jako element części praktycznej, mającej na celu nabycie przez niego umiejętności samodzielnego wykonywania tego rodzaju zabiegów. Przyjmuję do wiadomości, że zabieg wykonywany przez osobę uczącą się – słuchacza - może mieć niedoskonałości oraz może trwać dłużej niż zabieg wykonywany przez profesjonalistę. Zabieg zostanie wykonany przez słuchacza wyłącznie na moją odpowiedzialność. Akceptuję, iż efekt końcowy zabiegu, w tym ewentualne niedające się przewidzieć skutki uboczne, uzależnione są od indywidualnych cech danego organizmu. W związku z tym nie będę rościć żadnych pretensji za efekt końcowy wobec osoby wykonującej zabieg, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia. Mając to na uwadze wykonany zabieg zostanie po cenie niższej niż rynkowa wartość takiej usługi. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że decyzja o dopuszczeniu mnie do wykonania zabiegu należy do kosmetyka prowadzącego szkolenie, jak również decyzja o przerwaniu / zakończeniu zabiegu na każdym jego etapie, w szczególności w przypadku wystąpienia ryzyka albo wystąpienia niekorzystnych objawów, mogących mieć wpływ na mój stan zdrowia. W przypadku wystąpienia niepożądanych objawów w trakcie lub po zabiegu zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym organizatora szkolenia, wykonującego lub nadzorującego.

ZGODA NA PRZETWARZANIE SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH

W związku z wyrażeniem zgody na wykonanie zabiegu, w celu minimalizacji zagrożeń związanych z jego wykonaniem, wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w niniejszej zgodzie, a obejmujących informacje o wystąpieniu czynników stanowiących przeciwwskazania do zabiegu, informacje zawarte w wypełnionym przez mnie formularzu stanu zdrowia czy informacje o innych schorzeniach. W przypadku podania nieprawdziwych informacji albo zatajenia prawdy, biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki zabiegu i rzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU Z UŻYCIEM LI PIGMENTS LIFT

Metoda usuwania makijażu permanentnego lub tatuażu, za pomocą profesjonalnych preparatów chemicznych, polega na stopniowym rozkładaniu struktury krystalicznej pigmentu w skórze.

Zabieg przy użyciu tych preparatów cechuje: wysoka skuteczność oraz mniejsza inwazyjność niż w przypadku innych metod. Usuwa kolorowy pigment, nie wpływa na produkcję melaniny skóry oraz na mieszki włosów. Najszerze, najskuteczniejsze spektrum zastosowania: usuwania tatuaży, w tym kamuflaży, pigmentów ciemnych oraz kolorowych, a także makijażu permanentnego. Zabieg wykonywany jest w miejscowym znieczuleniu. Po wykonaniu zabiegu mogą wystąpić miejscowe zaczerwienienia i podrażnienia skóry, możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznych

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU Z UŻYCIEM LASERA

Laser emituje impulsy rzędu pikosekund, a tym samym emituje bardzo dużą gęstość energii w krótkim czasie. Laser emituje falę o długości 755nm/532nm/1064nm. Jedna fala 532 nm mieści się w zakresie światła widzialnego i dlatego widoczna jest zielona barwa tego światła. Istotą oddziaływania każdego lasera jest pochłonięcie jego światła przez określone substancje i w ten sposób następuje uwolnienie zawartej w tym świetle energii. Światło emitowane przez laser używane jest w celu zniszczenia barwnika. Powierzchnia skóry jest przezroczysta dla emitowanego światła, podczas gdy cała energia jest skupiona i pochłaniana przez barwnik. Pigment ulega rozbiciu na drobne fragmenty, które następnie są pochłaniane przez komórki organizmu - makrofagi.

Laserowe usuwanie jest bardzo skuteczne przy większości typów tatuażu lub makijażu permanentnego. Generalnie tatuaż lub

makijaż permanentny może zostać całkowicie usunięty podczas zabiegów laserowych chyba, że znajduje się w warstwie postawnej skóry lub w bliźnie. Laserowe usuwanie tatuażu jest bezpieczniejsze i bardziej efektywne niż metody tradycyjne.

Po zabiegu w miejscu usuwanego barwnika pojawia się zaczerwienienie, lekka opuchlizna skóry, swędzenie a czasami strupki. Jest to normalny proces, podczas którego barwnik jest eliminowany. Jeżeli powstały strupki, to bezpośrednio po zejściu strupków miejsce po usuwanym barwniku może być zaróżowione przez okres około 2 tygodni. Usunięcie makijażu permanentnego lub tatuażu wymaga przeprowadzenia od kilku do kilkunastu razy. Ilość jest zależna od rodzaju makijażu permanentnego lub wielkości tatuażu, głębokości, na której znajduje się barwnik, koloru i indywidualnej reakcji każdego organizmu na działanie lasera.

Oświadczam, że nie występują u mnie żadne z wyżej wymienionych czynników lub okoliczności, stanowiących przeciwwskazania do wykonania zabiegu i mam świadomość, że w przypadku ich zatajenia biorę na siebie pełną odpowiedzialność za negatywne skutki wykonanego zabiegu, w tym możliwość wystąpienia powikłań.

Oświadczam, że zostałam/em wyczerpująco poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, technice i sposobie wykonania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu, możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku, o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach po zabiegu, sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu, czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu, czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg, minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Jestem świadoma/y, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowana/y przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został określony przed przystąpieniem do zabiegu, a moimi oczekiwaniami.

Zobowiązuję się do natychmiastowego i osobistego skontaktowania się z lekarzem/specjalistą w przypadku wystąpienia u mnie zdarzenia niepożądanego po moim powrocie do domu. Zobowiązuję się do poinformowania lekarza/specjalistę o wystąpieniu któregośkolwiek z działań niepożądanych, w przypadku jego utrzymywania się przez okres dłuższy niż jeden tydzień i/lub o wystąpieniu jakiegokolwiek innego zdarzenia niepożądanego. Została przekazana mi szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane przed wykonaniem zabiegu. Poinformowano mnie o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta i zależą od indywidualnych cech anatomicznych pacjenta oraz stanu skóry przed zabiegiem. Z tego powodu jestem świadoma/y, że w wyniku wykonania zabiegu mogą występować inne powikłania, których nie da się przewidzieć oraz nie będę z tego powodu wnosić roszczeń odszkodowawczych.

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/em wszelkich dodatkowych i wyczerpujących informacji na temat mojego stanu zdrowia, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, alergii, szkoleniowcowi prowadzącemu szkolenie, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegu lub ewentualne następstwa zdrowotne po jego wykonaniu, a także oświadczam, że nie jestem pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, jak również nie przyjmowałam/tem ich w okresie co najmniej 48 godzin przed rozpoczęciem zabiegu.

Organizator szkolenia, osoba wykonująca zabieg oraz osoba go nadzorująca nie odpowiada za weryfikację prawdziwości uzyskanych wiadomości. Przyjmuję do wiadomości, iż w wyniku wykonania zabiegu mogą wystąpić inne niepożądane efekty niż wskazane w niniejszej zgodzie, a organizator, szkoleniowiec ani słuchacz nie podnoszą za nie odpowiedzialności. Obowiązuję się do przestrzegania zaleceń przed i po zabiegu.

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią obowiązku informacyjnego przedłożonego mi przez Administratora moich danych osobowych - firmę Broadway Beauty - w zakresie przetwarzania danych osobowych zgodnie z treścią Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w tym z treścią przysługujących mi praw w zakresie przetwarzania danych osobowych zarówno w zakresie zawartej umowy jak i dobrowolnie wyrażonych zgód i dobrowolnie wyrażonych zgód.

DATA

PODPIS KLIENTA

ZGODA NA UTRWALANIE ORAZ WYKORZYSTANIE WIZERUNKU (OPCJONALNIE)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie mojego wizerunku przez firmę Broadway Beauty z siedzibą w Katowicach przy ul. Ściegiennego 2 bezpośrednio przed zabiegiem, w trakcie jego wykonywania oraz bezpośrednio po zakończeniu. Niniejsza zgoda obejmuje: wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, obrót egzemplarzami, na których został utrwalony wizerunek oraz na zwielokrotnienie wizerunku wszelkimi dostępnymi technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie w materiałach służącym:

- ☐ 1. Celom szkoleniowym
- ☐ 2. Celom marketingowym, w szczególności w mediach (np. Internet, w tym na portalach społecznościowych) w materiałach promocyjnych (np. folderach, ulotkach, plakatach, materiałach audio/wideo).

W przypadku wyrażenia zgody w pkt 1 - zgoda obejmuje ponadto zapisywanie i udostępnianie wizerunku na nośnikach elektronicznych udostępnianych jako materiały szkoleniowe uczestnikom szkoleń.

Zgoda wyrażona jest na czas nieoznaczony do czasu jej wycofania. Oświadczam, że zostałam/em* poinformowana/y* o możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jak również, że od tej zgody nie jest uzależnione świadczenie usług.

ZGODA NA PRZESYŁANIE INFORMACJI HANDLOWYCH (OPCJONALNIE)

- ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji telefonicznych lub mailowych o organizowanych przez firmę Broadway Beauty z siedzibą w Katowicach szkoleniach oraz o aktualnych promocjach i nowościach produktowych w ofercie handlowej.

FORMULARZ STANU ZDROWIA

Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/i reakcja alergiczna na którekolwiek z niżej wymienionych:

Maści z antybiotykami	☐ TAK ☐ NIE	Narkotyki	☐ TAK ☐ NIE
Lateks	☐ TAK ☐ NIE	Żywność	☐ TAK ☐ NIE
Orzechy	☐ TAK ☐ NIE	Lidokaina	☐ TAK ☐ NIE
Leki	☐ TAK ☐ NIE	Farby	☐ TAK ☐ NIE
Metale	☐ TAK ☐ NIE	Kredki	☐ TAK ☐ NIE
Farby do włosów	☐ TAK ☐ NIE	Gliceryna	☐ TAK ☐ NIE

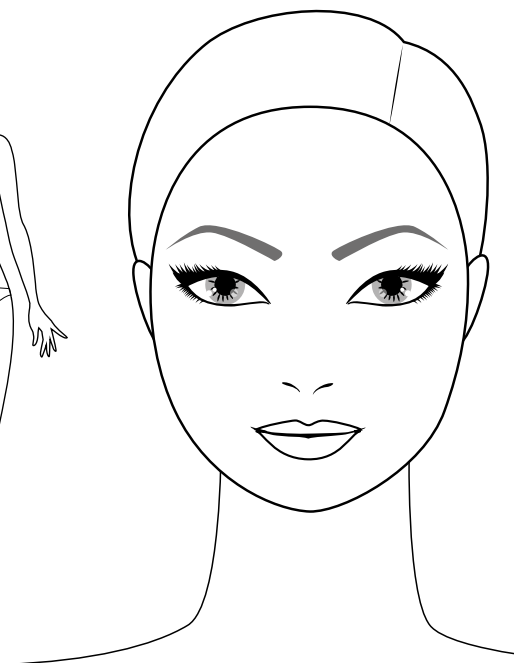
Inne alergię, szczegóły uczuczulenia (wymienić):

Wykaz aktualnie przyjmowanych leków:

Proszę wypełnić poniższą listę, zaznaczając sytuacje dotyczące Pani/Pana:

Czy jest Pani w ciąży lub Karmi Pani piersią?	☐ TAK ☐ NIE	Udar	☐ TAK ☐ NIE
Czy jest Pani w okresie połogu (do 3 m-cy po porodzie)	☐ TAK ☐ NIE	HIV	☐ TAK ☐ NIE
W ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/i:		Proteza biodrowa lub stawowa	☐ TAK ☐ NIE
· aspirynę, ibuprofen, spożywał/a alkohol	☐ TAK ☐ NIE	Toczeń rumieniowaty układowy	☐ TAK ☐ NIE
· leki sterydowe (6-12 mc po odstawieniu)	☐ TAK ☐ NIE	Półpasiec	☐ TAK ☐ NIE
· leki antydepresyjne	☐ TAK ☐ NIE	Liszajec zakaźny	☐ TAK ☐ NIE
W ciągu ostatniego roku był/a Pan/i poddawany/a chemioterapii lub radioterapii	☐ TAK ☐ NIE	Astma	☐ TAK ☐ NIE
Był/a Pan/i hospitalizowany/a w ciągu ostatniego roku?	☐ TAK ☐ NIE	Zaćma, zaburzenia widzenia	☐ TAK ☐ NIE
Korzystał/a Pan/i ze znieczulenia?	☐ TAK ☐ NIE	Infekcje oczu	☐ TAK ☐ NIE
Rezonans magnetyczny planowany w ciągu najbliższych 3 mc-y	☐ TAK ☐ NIE	Zespół suchego oka	☐ TAK ☐ NIE
Aktywna opryszczka	☐ TAK ☐ NIE	Opryszczka oka	☐ TAK ☐ NIE
Zabieg laserowy lub IPL planowany w ciągu najbliższych 3 mc-y	☐ TAK ☐ NIE	Łzawienie	☐ TAK ☐ NIE
Czy jest Pan/i krwiodawcą?	☐ TAK ☐ NIE	Szklą kontaktowe	☐ TAK ☐ NIE
Czy stosuje Pan/i antybiotyki? (do 2 tyg po odstawieniu)	☐ TAK ☐ NIE	Tatuaże	☐ TAK ☐ NIE
Czy chorował/a Pan/i na WZW	☐ TAK ☐ NIE	Skłonność do sińców lub krwawienia	☐ TAK ☐ NIE
Czy ktoś z najbliższej rodziny chorował na WZW lub jest nosicielem HBS?	☐ TAK ☐ NIE	Wypełniacze (powiększenie ust, kwas hialuronowy)	☐ TAK ☐ NIE
Czy był/a Pan/i szczepiona na WZW	☐ TAK ☐ NIE	Zastrzyki tłuszczowe	☐ TAK ☐ NIE
Hemofilia	☐ TAK ☐ NIE	Implanty z Gore-Texu/zastrzyki z silikonu	☐ TAK ☐ NIE
Nie ustabilizowana cukrzyca	☐ TAK ☐ NIE	Stosowanie Retin A w ciągu 6 miesięcy	☐ TAK ☐ NIE
Zaburzenia pracy serca	☐ TAK ☐ NIE	Preparaty AHA stosowane w ostatnich 2 tygodni	☐ TAK ☐ NIE
Palpitacje	☐ TAK ☐ NIE	Peeling chemiczny/laserowy w ciągu ostatnich 6 msc.	☐ TAK ☐ NIE
Wypadanie płatką zastawki mitralnej	☐ TAK ☐ NIE	Data ostatniego farbowania rzęs/brwi	☐ TAK ☐ NIE
Szmer sercowy	☐ TAK ☐ NIE	Czy występują problemy z gojeniem się ran?	☐ TAK ☐ NIE
Gorączka reumatyczna	☐ TAK ☐ NIE	Czy powstają blizny wypukłe?	☐ TAK ☐ NIE
Rozrusznik serca	☐ TAK ☐ NIE	Czy kolor gojących się blizn jest ciemniejszy niż reszta skóry?	☐ TAK ☐ NIE
Sztuczne zastawki	☐ TAK ☐ NIE	Bliznowce	☐ TAK ☐ NIE
Anemia	☐ TAK ☐ NIE	Wrażliwość na kosmetyki	☐ TAK ☐ NIE
Długotrwałe krwawienie	☐ TAK ☐ NIE	Korzystanie z solarium	☐ TAK ☐ NIE
Wysokie ciśnienie tętnicze	☐ TAK ☐ NIE	Czy opala się Pan/Pani regularnie?	☐ TAK ☐ NIE
Niskie ciśnienie tętnicze	☐ TAK ☐ NIE	Operacja powiek (np. blefaroplastyka)	☐ TAK ☐ NIE
Problemy z krążeniem	☐ TAK ☐ NIE	Zaburzenia widzenia w ciągu ostatnich 6 msc.	☐ TAK ☐ NIE
Epilepsja	☐ TAK ☐ NIE	Spierzchnięte usta	☐ TAK ☐ NIE
Omdlenia lub zawroty głowy	☐ TAK ☐ NIE	Trichotillomania	☐ TAK ☐ NIE
Zaburzenia funkcji tarczycy	☐ TAK ☐ NIE	Łysienie	☐ TAK ☐ NIE
Choroby wątroby	☐ TAK ☐ NIE	Wypadanie włosów w ostatnim czasie	☐ TAK ☐ NIE
Choroba nerek, jaskra	☐ TAK ☐ NIE	Schorzenia autoimmunologiczne (np. hashimoto, bielactwo, łuszczyca)	☐ TAK ☐ NIE
Wrzody żołądka	☐ TAK ☐ NIE	Proszę wypełnić w przypadku makijażu permanentnego kreski:	
Guzy, narośle lub cysty	☐ TAK ☐ NIE	· odżywk do rzęs (1-2mc po odstawieniu)	☐ TAK ☐ NIE
Gruźlica	☐ TAK ☐ NIE	· przedłużone rzęsy	☐ TAK ☐ NIE

A line drawing of a woman in a bikini, shown from both the front and back. The front view on the left shows a woman with long hair, a smiling face, and a bikini with a small bow at the waist. The back view on the right shows the same woman from behind, with the bikini top having a small bow at the center. Both views show the woman holding hands with the other figure.

[illegible]

str. 5/5