FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
na wykonanie zabiegu

broadway beauty
Bezpieczeństwo
na 1. miejscu

◯ OPRAWA OKA

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 kosmetologicznej, pod nadzorem i według wskazań prowadzącego szkolenie kosmetologa, 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 akceptuje, że decyzja o dopuszczeniu mnie do wykonania zabiegu należy do kosmetologa 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 zrzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia.

LISTA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WPŁYNĄĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDANEJ ZABIEGOWI. (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU)

Lista czynników, które mogą wpłynąć negatywnie na zdrowie osoby poddanej zabiegowi: henny pudrowej i architektura brwi, henny brwi i rzęs, BROW BAR, laminacji brwi,

- Klaustrofobia
- Tiki nerwowe
- Uczulenie na hennę lub wodę utlenioną
- Łuszczyca
- Stany zapalne i alergiczne skóry, śluzówki i oczu
- Choroby bakteryjne i wirusowe
- Choroby oczu i wszelkie uszkodzenia
- Niektóre dermatozy
- Otarcia naskórka w okolic brwi
- Soczewki kontaktowe nie są przeciwwskazaniem ale przed zabiegiem należy je zdjąć
- Świeżo regulowane brwi

Lista czynników, które mogą wpłynąć negatywnie na zdrowie osoby poddanej zabiegowi: Lifting rzęs i przedłużania rzęs

- Wcześniejsze wykonanie trwałej na rzęsach
- Brak naturalnych rzęs z łysieniem (alopecia)
- Osoby poddawane chemioterapii (aplikacja możliwa dopiero po zakończeniu pełnego leczenia, w momencie gdy zostaje przywrócony prawidłowy wzrost owłosienia)
- Zapalenie spojówek
- Zaćma
- Zespół suchego oka
- Zapalenie rogówki
- Alergie
- Każda choroba powodująca drgawki
- Drżenia lub nieprawidłowe ruchy
- Choroba skóry
- Urazy skóry, otarcia, oparzenia w obrębie okolic oka
- Nadwrażliwość oczu
- Przeprowadzona chemioterapia
- Ciąża
- Trichotillomania - nerwowe bezwiedne wyrywanie rzęs
- Infekcje oka
- Stwierdzona jaskra
- Opryszczka powiek
- Cukrzyca
- Stany zapalne skóry
- Stwierdzone infekcje bakteryjne, wirusowe, grzybicze oka lub w jego bezpośredniej okolicy

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT HENNY

Henna znana jest nam przede wszystkim jako farba do włosów brwi i rzęs. Hennę pozyskuje się z liści Lawsoninermis, występuje ona powszechnie w Australii, południowej Azji i Afryce. Lawsonia zawiera między innymi garbniki, polisa-charydy i flawonoidy ale jest ceniona przede wszystkim ze względu na zawartość olejków eterycznych i lawsonu, który odpowiedzialny jest za jej kolorytzujące właściwości. Henna proszkowa ma postać drobnego proszku. Aktywujemy go poprzez dodanie do niej oxydantu lub wody. Henna żelowa ma konsystencję żelu. Aktywujemy ją poprzez dodanie do niej oxydantu.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT PRZEDŁUŻANIA / ZAGĘSZCZANIA RZĘS

Metoda 1:1 polega na doklejaniu jednej syntetycznej rzęsy do rzęsy naturalnej, przy metodach objętościowych - 2D oraz 3 D, do rzęsy naturalnej doklejane są – odpowiednio: 2 lub 3 rzęsy syntetyczne. W przypadku metody objętościowej Volume Lashes, mającej na celu przedłużenie i zarazem zagęszczenie rzęs, do rzęs naturalnych przyklejane są specjalnie ułożone wachlarzyki rzęs syntetycznych. W dniu wykonywania zabiegu nie należy nakładać na rzęsy tuszu, aby rzęsy naturalne były maksymalnie czyste i odtłuszczone, zaleca się także dokładne zmycie makijażu przed zabiegiem za pomocą środków bezolejowych lub umycie wodą z mydłem. Osoby używające szkieł kontaktowych, powinny wyjąć je przed zabiegiem. Rzęsy syntetyczne są dobierane pod względem długości, grubości i skrętu, indywidulanie dla każdej modelki – z uwzględnieniem kondycji, kształtu jej rzęs naturalnych, kształtu twarzy i oprawy oczu, dla uzyskania optymalnego efektu estetycznego. Podczas wykonywania zabiegu rzęsy dolnej oraz górnej powieki są rozdzielane przy użyciu płatków kolagenowych, które zapobiegają podrażnieniom powiek, a także działają odżywczo. Aplikacja rzęs jest bezbolesny i bezpieczny. Rzęsy są przyklejane do naturalnych z odstępem od powieki co wyklucza styczność kleju z powieką.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT LIFTINGU RZĘS

Lifting rzęs to zabieg, polegający na semipermanentnym podniesieniu i podkręceniu włosków. Pozwala on na optyczne wydłużenie, zagęszczenie i uniesienie naturalnych rzęs, bez konieczności ich przedłużania. Stopień podkreślenia rzęs można dostosować indywidualnie, co sprawia, że zabieg nadaję się zarówno dla rzęs krótkich jak i długich. Skład preparatów został opracowany z myślą o delikatnych włoskach rzęs, więc efekt trwałego podkręcenia nie obciąża ani nie niszczy rzęs naturalnych. Ostatnim etapem jest laminacja, polegająca na nałożeniu olejku kera-tynowego. Olejek ten to połączenie 3 protein zboża, soi oraz hydrolizowanej keratyny. Zadaniem laminacji jest ochro-na i zapewnienie odpowiedniego nawilżenia dla rzęs naturalnych oraz częściowa odbudowa utraconych protein.

ZALECENIA PIELĘGNACYJNE PO PRZEDŁUŻANIU / ZAGĘSZCZANIU RZĘS / LIFTINGU RZĘS

Do 24 godzin po zabiegu przedłużania rzęs, nie należy ich moczyć ani dotykać (klej potrzebuje ok. 24h do odparowania i utwardzenia), można je natomiast rozczesać. Do 48 godz. po zabiegu nie należy korzystać z sauny, solarium, basenu ani narażać rzęs na działanie pary, czy też źródeł ciepła. Klej używany do przedłużania rzęs na całkowite utwardzenie potrzebuje ok.48 godzin, w trakcie których jest jeszcze wrażliwy na nadmierne ciepło i wilgoć. Nie należy stosować tuszu, ani zalotki, zalecane jest unikanie kosmetyków do demakijażu na bazie glikoli, mocznika, węglanów, protein czy kwasów, lub innych preparatów tłustych, takich jak płyny dwufazowe, olejki, tłuste kremy. Preparaty tłuste wpływają na osłabienie wiązania kleju i zmniejszenie trwałość aplikacji.

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 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, ze 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, ze 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 któregokolwiek 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 z zakresu zabiegu kosmetologicznego, 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/łem 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 zgódi 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.