

Imię i nazwisko	<input type="text"/>			Data urodzenia	<input type="text"/>
Kod pocztowy	-	Miasto	<input type="text"/>	Adres	<input type="text"/>
nr. telefonu	<input type="text"/>			Adres e-mail	<input type="text"/>
Numer dowodu	<input type="text"/>				
Wykonujący zabieg	<input type="text"/>				

Przeciwwskazania:

- Czy chorujesz na choroby nerek?..... tak nie
- Czy chorujesz na cukrzycę?..... tak nie
- Czy chorujesz na choroby serca?..... tak nie
- Czy chorujesz na nadciśnienie?..... tak nie
- Czy przechodzisz obecnie chorobę w ostrej fazie zakażenia (grypa, angina itp.)..... tak nie
- Czy chorowałeś na choroby alergiczne w przeszłości..... tak nie
- Czy w ostatnich 24h stosowałeś/aś jakieś leki powodujące rozrzedzenie krwi (np. aspiryna)?..... tak nie
- Czy Ty lub ktoś z Twojej rodziny choruje na choroby przenoszone drogą krwi? (AIDS, HIV, żółtaczka typu C)..... tak nie
- Czy byłeś szczepiony na WZW (wirusowe zapalenie wątroby)..... tak nie
- Czy chorujesz na choroby nowotworowe?..... tak nie
- Czy chorujesz na zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilia)..... tak nie
- Czy przyjmujesz leki przeciwzakrzepowe?..... tak nie
- Czy występują u Ciebie schorzenia skóry w obrębie planowanego zabiegu?..... tak nie
- Czy w ciągu ostatnich 24h zażywałeś narkotyki lub piłeś alkohol?..... tak nie
- Czy przyjmujesz leki przeciwzakrzepowe / sterydowe?..... tak nie
- Czy chorujesz na wirusa opryszczki?..... tak nie
- Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią?..... tak nie
- Czy występują u Ciebie bliznowce (keloidy)?..... tak nie
- Czy w ostatnim czasie miałaś/łeś wykonywany makijaż permanentny lub tatuaż?..... tak nie
- Czy w ostatnim czasie miałaś/łeś wykonywane zabiegi z zakresu medycyny estetycznej?..... tak nie
- Czy stosujesz odżywki do rzęs lub brwi?..... tak nie
- Czy stosujesz preparaty na porost włosów?..... tak nie
- Czy w ostatnim czasie uległeś jakiemuś urazowi z naruszeniem ciągłości skóry?..... tak nie
- Czy przed zabiegiem wykonywałeś badania na choroby zakaźne?..... tak nie
- Czy na stałe jesteś pod opieką jakiegoś poradni specjalistycznej?..... tak nie

Jeżeli tak, to wpisz poniżej jakiej?

-
- Czy w ostatnim półroczu miałaś wykonywaną iniekcję pobierania krwi?..... tak nie
 - Czy w ostatnim półroczu byłeś hospitalizowany?..... tak nie
 - Czy w ostatnim półroczu korzystałeś z usług fryzjerskich lub podobnych i zostałeś skaleczony?..... tak nie
 - Czy w chwili obecnej zażywasz jakieś leki?..... tak nie

Jeżeli tak, to wpisz poniżej jakiej?

Zgoda opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu makijażu permanentnego mojej córce/synowi, a pełną odpowiedzialność za wykonanie zabiegu przenoszę na siebie.

imię i nazwisko opiekuna	<input type="text"/>	data i podpis	<input type="text"/>
numer dowodu	<input type="text"/>		

Informacje, które są niezbędne do profesjonalnego zabiegu makijażu permanentnego

Zostałem poinformowany o sposobie wykonania zabiegu, postępowaniu po zabiegowym, grożących powikłaniach i zgadzam się na wykonanie zabiegu Makijażu permanentnego. Oświadczam również iż nie będę miał/a żadnych roszczeń wobec osoby wykonującej zabieg, a pełną odpowiedzialność za wykonanie zabiegu przenoszę na siebie.

imię i nazwisko	<input type="text"/>	data i podpis	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	---------------	----------------------