

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY na wykonanie zabiegu



- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> MEZOTERAPIA IGŁOWA | <input type="checkbox"/> NICI PDO | <input type="checkbox"/> INNOWACYJNE TECHNIKI |
| <input type="checkbox"/> RADIOFREKWENCJA MIKROIGŁOWA | <input type="checkbox"/> NICI COG | <input type="checkbox"/> ZASTOSOWANIA NICI |
| <input type="checkbox"/> MEZOTERAPIA MIKROIGŁOWA | <input type="checkbox"/> LIFTING SKÓRY | <input type="checkbox"/> SKINBOOSTERY |
| <input type="checkbox"/> LIPOLIZA INIEKCYJNA | <input type="checkbox"/> PLASMA | <input type="checkbox"/> PEELINGI CHEMICZNE |
| <input type="checkbox"/> WYPEŁNIANIE KWASEM HIALURONOWYM | <input type="checkbox"/> PLASMA FILER | <input type="checkbox"/> TERAPIE 3D |
| <input type="checkbox"/> OSOCZE BOGATOPŁYTKOWE | <input type="checkbox"/> STYMULATORY TKANKOWE | |
| <input type="checkbox"/> FIBRYNA BOGATOPŁYTKOWA | <input type="checkbox"/> MIKRONAKŁUCIA I PEELNGI CHEMICZNE | |

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 kosmetyologa, 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 kosmetyologa 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 przeciwskazania 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 WPŁYNAĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDANEJ ZABIEGOWI OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO, FIBRYNY BOGATOPŁYTKOWEJ, WYPEŁNIACZY, NICI PDO, SKINBOOSTERY. (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU)

- W trakcie lub po immunosupresji
- Wiek poniżej 18 lat
- Skłonność do tworzenia bliznowców (keloidów)
- Przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych
- Choroby tkanki łącznej
- Stosowanie leków obniżających krzepliwość (konieczne ich odstawienie w odpowiednim czasie przed zabiegiem) i/lub zaburzenia krzepnięcia
- Cienka, atroficzna skóra
- Trwająca choroba autoimmunologiczna
- Niedawna mikrodermabrazja, zabieg laserowy lub peeling chemiczny
- Należy zachować ostrożność w przypadku pacjentów z chorobami wywołanymi przez paciorkowce (nawracająca angina, ostre reumatyczne zapalenie stawów): przy zajęciu serca nie przeprowadza się iniekcji
- Zążywanie antykoagulantów
- Codzienne stosowanie koagulantów
- Doustne stosowanie kortykosteroidów (np: aspiryna, acard)
- Cięża, karmienie piersią
- Stany bakteryjne, grzybicze i wirusowe skóry
- Epilepsja
- Szczepienie (do 2 tygodni po szczepieniu)
- Nieustabilizowana cukrzyca
- Aktywny trądzik
- Skłonność do bliznowaceń i zwłóknień
- Choroby autoimmunologiczne
- Przebyte nowotwory (należy odczekać odpowiedni odstępczasowy od zakońzonego leczenia)
- Łuszczyca, egzema
- Alergia na preparaty
- Problemy z krzepliwością krwi
- Stosowanie leków przeciwzakrzepowych
- Stosowanie kortykosteroidów (6-8 tygodni)
- Tendencja do powstawania siniaków
- Przeszczep skóry (do 6 miesięcy)
- Laser ablacyjny (6-15 miesięcy)
- Nici PDO
- Laser nieablacyjny (4 tygodnie)
- Wypełniacze, botoks (6-8 tyg)
- Nadwrażliwość skórna
- Opryszczka
- Spożywanie kawy, napojów energetyzujących, narkotyków, alkoholu w dniu oraz przed dzień

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

- Zążywanie antykoagulantów
- Codzienne stosowanie koagulantów
- Doustne stosowanie kortykosteroidów (należy odczekać odpowiedni odstępczasowy od zakońzonego leczenia)
- Cięża, karmienie piersią
- Stany bakteryjne, grzybicze i wirusowe skóry
- Epilepsja
- Nieustabilizowana cukrzyca
- Aktywny trądzik
- Skłonność do bliznowaceń i zwłóknień
- Choroby autoimmunologiczne
- Przebyte nowotwory (należy odczekać odpowiedni odstępczasowy od zakońzonego leczenia)
- Łuszczyca, egzema
- Alergia na preparaty
- Problemy z krzepliwością krwi
- Stosowanie leków przeciwzakrzepowych
- Szczepienie (do 2 tygodni po szczepieniu)
- Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (np. aspiryna)
- Tendencja do powstawania siniaków
- Przeszczep skóry (do 6 miesięcy)
- Laser ablacyjny (6-15 miesięcy)
- Nici PDO
- Laser nieablacyjny (4 tygodnie)
- Wypełniacze, botoks (1 miesiąc)
- Nadwrażliwość skórna
- Opryszczka
- Wiek poniżej 18 lat
- Przyjmowanie doustnie retinoidów oraz pochodne retinolu (Izotek Reacutan) minimum do 6 miesięcy
- Świeża opalenizna

LISTA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WPŁYNAĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDANEJ ZABIEGOWI MEZOTERAPII SKÓRY GŁOWY. (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU)

- Cięża, karmienie piersią
- Choroby nowotworowe (należy odczekać odpowiedni odstępczasowy od zakońzonego leczenia)
- Choroby autoimmunologiczne (np. Sm, łuszczyca, bielactwo)
- Przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych (przeciwwskazanie względne)
- Nieustabilizowana cukrzyca
- Alergia
- Stany zapalne skóry
- Infekcje skórne
- Szczepienie (do 2 tygodni po szczepieniu)
- Spożywanie kawy, napojów energetyzujących, narkotyków, alkoholu w dniu oraz przed dzień
- Świeże farbowanie włosów
- Epilepsja
- Do zabiegu należy mieć świeżo umytą głowę, bez stylizacji

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU Z UŻYCIEM WYPEŁNIACZY

Zabieg polega na śródskórnej lub podskórnej iniekcji żelu w celu nawodnienia skóry, nadania jej elastyczności, a przede wszystkim korekcji zmarszczek, bruzd, fałdów, nadawania objętości policzków, kości policzkowych i podbródka, a także konturowania owalu twarzy, jak również konturowaniu i zwięższaniu objętości ust.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU Z UŻYCIEM OSOCZA I FIBRYNY BOGATOPŁYKOWEJ

Zabieg polega na pobraniu niewielkiej próbki krwi pacjenta, a następnie odwirowaniu jej w specjalnym urządzeniu. W efekcie czerwone krwinki zostają oddzielone od osocza bogatopłytkowego, które następnie pobiera się do strzykawki i stosuje jako mezoterapię. Wprowadzać preparat do tkanek można na dwa sposoby: za pomocą wolumetrii lub mezoterapii. Pierwszy z nich polega na miejscowym wstrzykiwaniu za pomocą cienkiej kaniuli, zaś drugi to wstrzykiwanie liniowe, wzdłuż zmarszczek.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU Z UŻYCIEM NICI PDO I CGO

Zabieg polega na wprowadzeniu igły we wcześniej oznaczone miejsce, a następnie bardzo delikatnym i ostrożnym jej wycofaniu, dzięki czemu nici umieszczone na igle pozostają w tkance. Zaraz po zabiegu skóra może być lekko zaczerwieniona, mogą również pojawić się niewielkie krwiaki lub siniaki. Ustępują one zazwyczaj w ciągu kilku dni. Efekty zabiegu widoczne są natychmiast. Niemniej jednak należy pamiętać, że właściwy proces, będący rezultatem zabiegu, czyli neokolageneza (tworzenie nowego kolagenu) rozpoczyna się po 10-14 dniach i trwa przez cały okres utrzymywania się nici w organizmie (do 7-8 miesięcy).

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.