

# FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY na wykonanie zabiegu



- MAKIJAŻ PERMANENTNY
- MEZOTERPIA MIKROIGŁOWA
- BB GLOW
- EKSPERT REGENERACJI

- REGENERACJA BLIZN DLA LINERGISTÓW
- MIKROPIGMENTACJA SKÓRY GŁOWY
- MIKROPIGMENTACJA BRODAWKI SUTKOWEJ

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 odpowiednio 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 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.

## LISTA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WPŁYNAĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY Poddanej ZABIEGOWI. (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU)

Lista czynników, które mogą wpłynąć negatywnie na zdrowie osoby poddanej zabiegowi mikropigmentacji, makijażu permanentnego, BB Glow, mezoterapii mikroigłowej i regeneracji:

- Cięża, karmienie piersią (znieczulenie, barwniki, stres, leki przeciwwirusowe, infekcje)
- Infekcje
- Nieustabilizowana cukrzyca (problem z krzepiwością krwi, zaburzenie percepcji odczuwania, skłonności do infekcji)
- Nowotwór (przy odpowiednim poziomie leukocytów). U chorych na nowotwory, w wyniku chemioterapii jest większa podatność na infekcje, gorsze gojenie ran i możliwość słabszego przyjęcia się barwnika w skórze
- Leki i używki rozrzedzające krew
- Leki sterydowe (6-12 miesięcy po odstawieniu leków). Naskórek po sterydach jest cienki, a naczynia krwionośne rozszerzone
- Odżywki do rzęs/ brwi (1-2 miesięcy po odstawieniu). Odżywki są zazwyczaj na sterydzie. Naczynia krwionośne są rozszerzone
- Przedłużone rzęsy. Możliwość m.in. uszkodzenia naturalnych przy przemywaniu oczu
- Powiększone usta w czasie do 4 tygodni wstecz. Podrażnienie, opuchlizna, zaburzenie naturalnego kształtu
- Botoks. 4 tygodnie po ostrzykiwaniu. Zaburzenie mięśni mimicznych twarzy
- Łuszczycza. Znaczne prawdopodobieństwo nieprzyjęcia pigmentu. Możliwość wywołania dodatkowych ognisk zapalnych
- Zabiegi z zakresu medycyny/chirurgii estetycznej (plastyka powiek, lifting), blizny - możliwość wykonania zabiegu po pracy po upływie 6 miesięcy
- Opryszczka. Tendencja do opryszczki przy pigmentacji ust jest wskazaniem do zażywania heviranu (200mg) na 3 dni przed i 3 dni po zabiegu
- Choroby tarczycy. Przy chorobach tarczycy lub jej braku zwiększone prawdopodobieństwo szybszego wyluszczenia pigmentu
- Problemy z krzepiwością krwi (hemofilia). Zwiększone prawdopodobieństwo rozlania pigmentu. Utrudniony proces gojenia
- Epilepsja. Możliwość wywołania napadu padaczki poprzez stres
- Stany zapalne skóry poddawanej pigmentacji. Możliwość rozprzestrzenienia zmian skórnych
- Kuracja retinoidami - możliwość wykonania zabiegu po upływie ok. 6 miesięcy
- Intensywna opalenizna. Zaburzenie prawidłowej oceny tonacji naskórka
- Przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ)
- Przyjmowanie antybiotyków, sterydów i leków antydepresyjnych
- Spożycie alkoholu (48 godz. przed zabiegiem)
- Szczepienie COVID 19 (do 2 tygodni po szczepieniu)

### SZCZEGÓLWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU BB GLOW

Celem zabiegu jest rozjaśnienie i wygładzenie kolorytu skóry twarzy. Do zabiegu przeznaczone są oryginalne koreańskie preparaty o intensywnej mocy wybielania oraz wygładzania koloru skóry. Zabieg jest zalecany dla osób o ciemnych tonach skóry, również w celu zmniejszenia ilości piegów oraz do zakamuflowania przebarwień postonecznych, melasmy, spowodowanych trądzikiem czy fotostarzeniem (plamy starcze). Zabieg może być stosowany na skórę twarzy oraz np. na plamy starcze na dłoniach etc. Wprowadzenie w skórę preparatu wykonuje się przy użyciu urządzenia zakończonego specjalnym jednorazowym kartridżem z mikroigłami. Sugerowana liczba zabiegów 4-6 w odstępach co 2 tygodnie.

### SZCZEGÓLWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU MEZOTERAPII MIKROIGŁOWEJ

Mezoterapia mikroigłowa polega na odpowiednio głębokim, intensywnym i bardzo gęstym nakłuwaniu okolic twarzy lub innych części ciała, które chcemy poddać przebudowie. Podczas jednej sesji zabiegowej na twarzy powstają setki tysięcy małych nakłuć. Zabieg może być stosowany również na dużych obszarach ciała: na twarzy (łącznie z powiekami), szyi, dekolcie, ramionach, grzbietach dłoni, brzuchu, pośladkach i udach. W jego trakcie i po jego zakończeniu, na twarz i skórę nakładane są odpowiednie preparaty, o działaniu dopasowanym do rodzaju cery i skóry (np. odżywcze, nawilżające czy ujędrniające).

### SZCZEGÓLWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU MAKIJAŻU PERMENTENTNEGO

Makijaż permanentny jest innowacyjną formą mikropigmentacji. Określenie koloru, kształtu i miejsca wykonania makijażu następuje w trakcie konsultacji bezpośrednio poprzedzających wykonanie zabiegu, jednakże musi ono być zgodne z zaplanowanym programem i celem szkolenia, w ramach którego wykonywany jest zabieg. Test wrażliwości na pigment nie gwarantuje, że nie wystąpi reakcja alergiczna. W trakcie zabiegu i po jego zakończeniu może wystąpić reakcja wrażliwości na środki znieczulające. Pigmenty stosowane w trakcie zabiegu nie są toksyczne, a uzyskany efekt kosmetyczny może zaniknąć w ciągu 1-3 lat. Nawet po wyblaknięciu koloru pigment niezmienne pozostaje w skórze i mogą być widoczne lekkie pozostałości koloru. Podczas każdego zabiegu zachowywane są najwyższe normy higieniczne oraz używane są wyjątkowo igły jednorazowe. Każdy zabieg to proces wymagający wielokrotnej aplikacji pigmentu w celu uzyskania pożądanego rezultatu. W przypadku konieczności poddania się rezonansowi magnetycznemu w terminie krótszym niż 6 miesięcy od dnia, w którym wykonany został zabieg makijażu permanentnego, należy bezwzględnie poinformować lekarza o tym zabiegu kosmetycznym.

Należy ściśle przestrzegać wszelkich instrukcji przed i po zabiegu, które zostaną przekazane przez szkoleniowca przygotowującego i nadzorującego zabieg wykonywany w ramach szkolenia, w celu zapobieżenia powikłań, a w szczególności wystąpienia zakażenia lub powstania blizn.

**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, 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 z zakresu zabiegu kosmetycznego, 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 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.