

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY na wykonanie zabiegu



- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> MEZOTERAPIA IGŁOWA | <input type="radio"/> NICI PDO | <input type="radio"/> SKINBOOSTERY |
| <input type="radio"/> RADIOFREKWENCJA MIKROIGŁOWA | <input type="radio"/> LIFTING SKÓRY | <input type="radio"/> PEELINGI CHEMICZNE |
| <input type="radio"/> MEZOTERAPIA MIKROIGŁOWA | <input type="radio"/> PLASMA | <input type="radio"/> WLEWY WITAMINOWE |
| <input type="radio"/> LIPOLIZA INIEKCYJNA | <input type="radio"/> PLASMA FILER | <input type="radio"/> KOKTAJL MONAKO |
| <input type="radio"/> WYPEŁNIANIE KWASEM HIALURONOWYM | <input type="radio"/> STYMULATORY TKANKOWE | <input type="radio"/> BLANCHING |
| <input type="radio"/> OSOCZE BOGATOPŁYTKOWE | <input type="radio"/> MIKRONAKŁUCIA I PEELNGI CHEMICZNE | |
| <input type="radio"/> FIBRYNA BOGATOPŁYTKOWA | <input type="radio"/> INNOWACYJNE TECHNIKI | |

Imię i nazwisko	<input type="text"/>		
Numer PESEL	<input type="text"/>	Rok urodzenia	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miasto	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>		
Numer tel.	<input type="text"/>	Adres e-mail	<input type="text"/>

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 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.

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.

FORMULARZ STANU ZDROWIA



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

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

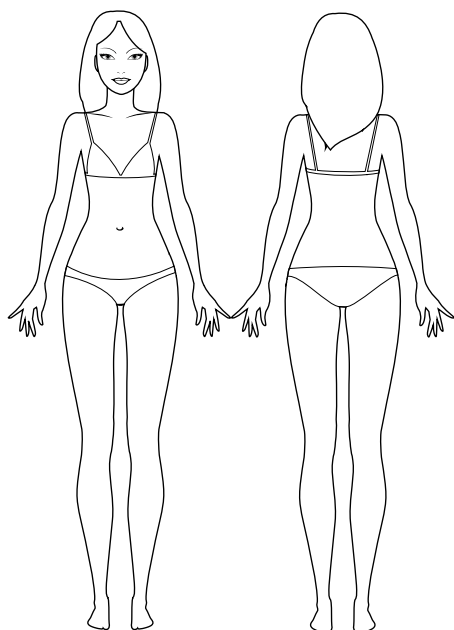
DATA

PODPIS KLIENTA

KARTA ZABIEGU (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)

Imię i nazwisko, data i podpis osoby przyjmującej oświadczenia zawarte w niniejszym Formularzu oraz udzielającej informacji i wyjaśnień w zakresie objętym treścią niniejszego Formularza.

Data i miejsce wykonania zabiegu kosmetycznego/kosmetologicznego w ramach usług świadczonych przez Broadway Beauty®.



MIEJSCE ZABIEGU, NAZWA I ILOŚCI PRODUKTÓW

POTWIERDZENIE WYKONANIA ZABIEGU

PODPIS KLIENTA

PODPIS OSOBY WYKONUJĄCEJ ZABIEG

PODPIS SZKOLENIOWCA

OŚWIADCZENIE KLIENTA

Oświadczam, że jestem usatysfakcjonowana efektem wykonanego zabiegu i nie będę wnosić roszczeń w stosunku do Broadway Beauty Żaneta Stanisławska NIP 6462597171 oraz trenera i/lub kursanta wykonującego zabieg, odnośnie zastrzeżeń co do jakości przeprowadzenia zabiegu i uzyskanego efektu.

DATA

PODPIS KLIENTA