

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY na wykonanie zabiegu



- MAKIJAŻ PERMANENTNY I TATUAŻ USUWANIE LI PIGMENTS LIFT
 MAKIJAŻ PERMANENTNY I TATUAŻ USUWANIE LASEROWE
 MAKIJAŻ PERMANENTNY I TATUAŻ USUWANIE KRESEK NA POWIECE
 DEPILACJA LASEROWA

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.

SZCZEGÓLNE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU Z UŻYCIEM Li Pigments LIFT

Metoda usuwania makijażu permanentnego lub tatuażu, za pomocą profesjonalnych preparatów chemicznych, polega na stopniowym rozkładaniu struktury krystalicznej pigmentu w skórze.

Zabieg przy użyciu tych preparatów cechuje: wysoka skuteczność oraz mniejsza inwazyjność niż w przypadku innych metod. Usuwana kolorowy pigment, nie wpływa na produkcję melaniny skóry oraz na mieszki włosów. Najszersze, najskuteczniejsze spektrum zastosowania: usuwania tatuaży, w tym kamuflaży, pigmentów ciemnych oraz kolorowych, a także makijażu permanentnego. Zabieg wykonywany jest w miejscowym znieczuleniu. Po wykonanym zabiegu mogą wystąpić miejscowe zaczerwienia i podrażnienia skóry, możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznych

SZCZEGÓLNE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU Z UŻYCIEM LASERA

Laser emituje impulsy rzędu pikosekund, a tym samym emituje bardzo dużą gęstość energii w krótkim czasie. Laser emituje falę o długości 755nm/532nm/1064nm. Jedna fala 532 nm mieści się w zakresie światła widzialnego i dlatego widoczna jest zielona barwa tego światła. Istotą oddziaływania każdego lasera jest pochłonięcie jego światła przez określone substancje i w ten sposób następuje uwolnienie zawartej w tym świetle energii. Światło emitowane przez laser używane jest w celu zniszczenia barwnika. Powierzchnia skóry jest przezroczysta dla emitowanego światła, podczas gdy cała energia jest skupiona i pochłaniana przez barwnik. Pigment ulega rozbiciu na drobne fragmenty, które następnie są pochłaniane przez komórki organizmu - makrofagi.

Laserowe usuwanie jest bardzo skuteczne przy większości typów tatuażu lub makijażu permanentnego. Generalnie tatuaż lub

makijaż permanentny może zostać całkowicie usunięty podczas zabiegów laserowych chyba, że znajduje się w warstwie postawnej skóry lub w bliźnie. Laserowe usuwanie tatuażu jest bezpieczniejsze i bardziej efektywne niż metody tradycyjne.

Po zabiegu w miejscu usuwanego barwnika pojawia się zaczerwienienie, lekka opuchlizna skóry, swędzenie a czasami strupki. Jest to normalny proces, podczas którego barwnik jest eliminowany. Jeżeli powstały strupki, to bezpośrednio po zejściu strupków miejsce po usunięciu barwnika może być zaróżowione przez okres około 2 tygodni. Usunięcie makijażu permanentnego lub tatuażu wymaga przeprowadzenia od kilku do kilkunastu razy. Ilość jest zależna od rodzaju makijażu permanentnego lub wielkości tatuażu, głębokości, na której znajduje się barwnik, koloru i indywidualnej reakcji każdego organizmu na działanie lasera.

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 płatką 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 | Spierzchnięte 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 | · odżyvky 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

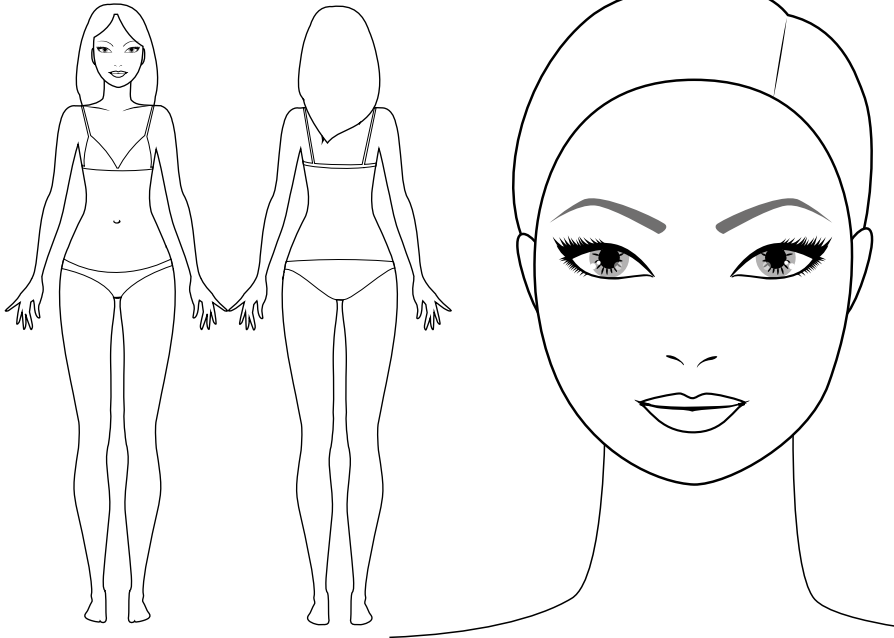
str. 4/5

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