



Data:

Karta Klienta do zabiegów mezoterapii

Zabieg dla osób pełnoletnich

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Telefon	e-mail

Przeciwwskazania:

	Tak	Nie
Cukrzyca	☐	☐
Czy chorujesz lub chorowałeś/eś na choroby alergiczne w przeszłości?	☐	☐
Czy w ciągu ostatnich 48h stosowałeś/eś leki przeciwzakrzepowe lub rozrzedzające krew (np. <i>aspiryna, polopiryna, acard, flexiparyna</i> itd.)?	☐	☐
Zaburzenia krzepnięcia krwi	☐	☐
Czy w ciągu ostatnich 48h zażywałeś/eś narkotyki lub piłeś/eś alkohol?	☐	☐
Wirus opryszczki	☐	☐
Ciąża lub karmienie piersią	☐	☐
Bliznowce (<i>keloidy</i>)	☐	☐
Czy w ostatnim miesiącu miałeś/eś wykonywany zabieg z zakresu medycyny estetycznej	☐	☐
Choroba autoimmunologiczna	☐	☐
Łuszczyca, egzema lub inna choroba skóry np. grzybica	☐	☐
Niewydolność wątroby	☐	☐
Czy w przeszłości poddawałeś/eś się zabiegom ostrzykiwania lub wypełniania kwasem hialuronowym lub botoksem? Jeżeli wystąpiły komplikacje, to jakie?	☐	☐
Alergie kosmetyczne	☐	☐
Czy w ostatnim miesiącu miałeś/eś zabiegi w okolicy obszaru zabiegowego z uwzględnieniem krwawej operacji uzębienia? Jakie?	☐	☐



Opis zabiegu:

Zabieg polega na serii mikro nakłuć, dzięki którym składniki aktywne zostaną wprowadzone w naskórek, mogą one spowodować zasinienia, lekki obrzęk – opuchnięcie, mikro wybroczyny i zaczerwienienie w miejscach podania preparatu, które ustąpią po kilku dniach.

Przeciwwskazania:

Przez 48h należy unikać intensywnej ekspozycji na słońce i powstrzymać się od wizyt w solarium, saunie i na basenie. Zabronione jest używanie innych preparatów kosmetycznych oraz poddawanie się innym zabiegom. Odradzane jest spożycie alkoholu i mocnej kawy albo herbaty.

Zgoda na zabieg

Zostałam/em poinformowana/ny o sposobie wykonywania zabiegu mezoterapii igłowej/lipolizy iniekcyjnej, postępowaniu po zabiegu, wszelkich ewentualnych powikłaniach i zgadzam się na jego wykonanie.

Zostałam/em poinformowana/ny również, że efekty zabiegu są uwarunkowane osobniczo i mogą nie być w pełni satysfakcjonujące.

Zrzekam się nieodwołalnie jakichkolwiek roszczeń z tego tytułu do firmy **Skin&Soul Ewelina Grędzińska**.

.....

Data

.....

Podpis klienta

.....

Podpis osoby wykonującej zabieg

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informujemy, że Administratorem pozostawionych dobrowolnie danych osobowych jest Skin&Soul Kosmetologia Holistyczna Ewelina Grędzińska, z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 12/4, 14-100 Ostróda, NIP: 7411910960m REGON: 540460568. Informujemy również, że w każdej chwili przysługuje Państwu prawo wglądu, sprostowania jak również ograniczenia zakresu lub żądania usunięcia Państwa danych ze zbioru danych osobowych Skin&Soul Kosmetologia Holistyczna Ewelina Grędzińska. W celu realizacji powyższych uprawnień prosimy o mailowy kontakt zwrotny na adres: gabinet@skinandsoul.pl

[illegible]