



imię i nazwisko

telefon kontaktowy

adres e-mail

ZGODA RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 RODO (czyli Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) informuję, iż:

Administratorem Pani/Panadanych osobowych jest:

Anna Maria Maciejewska ELITELiner PMU, ul. Bolesława Limanowskiego 11m, 02-943 Warszawa

pełne dane firmy

1. Administrator przetwarza dane osobowe w celu wysyłania informacji handlowych.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przesłania odpowiedzi na Twoją wiadomość.
4. Dane osobowe przetwarzane będą przez 3 lata.
5. Masz prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo żądania dostępu do danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli uznasz, że przetwarzanie Twoich danych jest niezgodne z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa w zakresie ochrony danych. Przysługuje Ci też prawo do bycia zapomnianym, jeśli dalsze przetwarzanie nie będzie przewidziane przez aktualnie obowiązujące przepisy prawa.
6. Posiadasz też prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na przetwarzanie danych, którego dokonano na podstawie zgody przez jej cofnięciem.
7. Przysługuje Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Zapoznałem/am się:

data i czytelny podpis klienta (imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

data

podpis



ZGODA KLIENTA NA WYKONANIE ZABIEGU

Zabieg:

Zostałam/em wyczerpująco poinformowana/y o:

1. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.
2. Technikach i sposobie przeprowadzenia zabiegu.
3. Pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu.
4. Możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku.
5. Wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu.
6. Sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu.
7. Czasie utrzymania się osiągniętego rezultatu.
8. Czasie upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg.

Ponadto:

Osoba wykonująca zabieg poinformowała mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań po wykonaniu zabiegu. Zostałam/em poinformowana/y, o reakcjach pozabiegowych. Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/em pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały mi zadane, odnośnie mojego stanu zdrowia, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów. Zostałam/i przekazana/szczegółowa informacja na temat wcześniejszego sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych. Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu uzależnione są od innych czynników tj. wiek, stan skóry lub inne cechy.

Przekazane mi informacje są rzetelne, wyczerpujące i w pełni dla mnie jasne oraz zrozumiałe. Jestem świadoma/y, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowana/y przez osobę wykonującą zabieg przed jego wykonaniem nie uprawia mnie do roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez osobę wykonującą zabieg przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami. W trakcie rozmowy z osobą wykonującą zabieg miałam/em możliwość zadania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że zapoznałam(em) powyższym i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

imię i nazwisko

telefon

adres

Informacje nt. chorób przewlekłych, uczuleń, przyjmowanych leków lub innych

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu

data

czytelny podpis



KARTA ZABIEGOWA

Data wykonania zabiegu:



Obszar zabiegowy:



Ilość podanego preparatu:



Nazwa/seriei podanego preparatu:



Dodatkowe informacje:



data

podpis osoby wykonującej zabieg



PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Browi

Makijaż permanentny jest bezpieczną formą poprawiania urody, jednakże tu również istnieją przeciwwskazania do wykonania zabiegu, możemy je podzielić na czasowe, względne i bezwzględne.

CZASOWE

infekcje bakteryjne, wirusowe lub grzybicze,
uszkodzenie skóry w miejscu pigmentowania,
ciąża, okres połogu oraz okres laktacji,
nowotwory (radioterapia lub chemioterapia),
tętniaki,
stwardnienie rozsiane,
menstruacja,
półpasiec,
świeże blizny lub skłonność do przerostu blizn,
poparzenie słoneczne,
stany zapalne,
aktywny trądzik,
obniżenie odporności organizmu, infekcje, stany podgorączkowe,
spożycie alkoholu lub środków odurzających w ciągu ostatnich 48 godzin

WZGLĘDNE

zażywanie leków (na stałe),
choroby serca (konsultacja z lekarzem)

BEZWZGLĘDNE

choroby kardiologiczne,
nowotwory (radioterapia lub chemioterapia),
cukrzyca,
epilepsja,
hemofilia,
aktywne choroby skóry, m.in. łuszczyca i pokrzywka, wykwity skórne,
choroby okulistyczne (m.in. schorzenia siatkówki i rogówki),
zaburzenia psychiczne,
alergia na barwniki / składniki preparatów,



PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Usta

Makijaż permanentny jest bezpieczną formą poprawiania urody, jednakże tu również istnieją przeciwwskazania do wykonania zabiegu, możemy je podzielić na czasowe, względne i bezwzględne.

CZASOWE

infekcje bakteryjne, wirusowe lub grzybicze,
uszkodzenie skóry w miejscu pigmentowania,
ciąża, okres połogu oraz okres laktacji,
nowotwory (radioterapia lub chemioterapia),
tętniaki,
stwardnienie rozsiane,
menstruacja,
półpasiec,
świeże blizny lub skłonność do przerostu blizn,
poparzenie słoneczne,
stany zapalne,
aktywny trądzik,
obniżenie odporności organizmu, infekcje, stany podgorączkowe,
spożycie alkoholu lub środków odurzających w ciągu ostatnich 48 godzin

WZGLĘDNE

zażywanie leków (na stałe),
choroby serca (konsultacja z lekarzem)

BEZWZGLĘDNE

choroby kardiologiczne,
nowotwory (radioterapia lub chemioterapia),
cukrzyca,
epilepsja,
hemofilia,
aktywne choroby skóry, m.in. łuszczyca i pokrzywka, wykwity skórne,
choroby okulistyczne (m.in. schorzenia siatkówki i rogówki),
zaburzenia psychiczne,
alergia na barwniki / składniki preparatów,



PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Kreski

Makijaż permanentny jest bezpieczną formą poprawiania urody, jednakże tu również istnieją przeciwwskazania do wykonania zabiegu, możemy je podzielić na czasowe, względne i bezwzględne.

CZASOWE

infekcje bakteryjne, wirusowe lub grzybicze,
uszkodzenie skóry w miejscu pigmentowania,
ciąża, okres połogu oraz okres laktacji,
nowotwory (radioterapia lub chemioterapia),
tętniaki,
stwardnienie rozsiane,
menstruacja,
półpasiec,
świeże blizny lub skłonność do przerostu blizn,
poparzenie słoneczne,
stany zapalne,
aktywny trądzik,
obniżenie odporności organizmu, infekcje, stany podgorączkowe,
spożycie alkoholu lub środków odurzających w ciągu ostatnich 48 godzin

WZGLĘDNE

zażywanie leków (na stałe),
choroby serca (konsultacja z lekarzem)

BEZWZGLĘDNE

choroby kardiologiczne,
nowotwory (radioterapia lub chemioterapia),
cukrzyca,
epilepsja,
hemofilia,
aktywne choroby skóry, m.in. łuszczyca i pokrzywka, wykwity skórne,
choroby okulistyczne (m.in. schorzenia siatkówki i rogówki),
zaburzenia psychiczne,
alergia na barwniki / składniki preparatów,



ZALECENIA POZABIEGOWE

Kreski

Bezpośrednio po zabiegu barwa kresek jest intensywna, jednak w ciągu 4-7 dni kolor zblednie o około 30%. Po zabiegu występuje lekka opuchlizna powiek oraz zaczerwienienie, które ustępują zazwyczaj po około 1-3 dniach.

Przez około siedem dni po zabiegu należy czyścić i traktować ze szczególną ostrożnością. Przecieramy rano i wieczorem powieki wacikiem nasączonym wodą (przegotowaną lub butelkowaną), a następnie osuszamy delikatnie chusteczką. Podczas procesu gojenia nie należy również używać żadnych kosmetyków – w szczególności cieni ani tuszu do rzęs. Nie należy również korzystać z sauny, solarium ani basenu przez ok. 3 tygodnie. Zalecane jest również, aby w przeciągu 4-5 dni od wykonania zabiegu nie używać soczewek.

W przypadku obrzęku i łzawienia nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych!

Usta

Przez 3 dni po zabiegu zaleca się przyjmowanie tabletki Heviran lub Hascovir. Bezpośrednio po zabiegu usta są lekko opuchnięte, a kolor bardzo intensywny. Opuchlizna znika w ciągu zaledwie kilku godzin, a kolor zblednie o 50 proc. w ciągu 4-6 dni. Obszar zabiegowy przecieramy w razie potrzeby (np. rano i wieczorem, po posiłku) wacikiem nasączonym wodą (przegotowaną lub butelkowaną), a następnie osuszamy delikatnie chusteczką. Należy pamiętać, że makijaż permanentny utrzymuje się u każdej osoby inaczej i każda skóra inaczej przyjmuje pigment.

Nie należy również korzystać z sauny, solarium ani basenu przez około 3 tygodnie.

Browi

Bezpośrednio po zabiegu barwa jest zawsze intensywna, nawet w przypadku delikatnego makijażu. Dlatego zwykle pierwotnie nałożony kolor będzie ciemniejszy od oczekiwanego – jest to naturalny efekt, więc nie trzeba się tym faktem niepokoić. W ciągu tygodnia kolor złuszczy się stopniowo naskórkiem i straci na swojej intensywności do 40 proc.

Przez około 10 dni po pierwszym zabiegu brwi nie wolno moczyć, drapać ani trzeć. Nie należy również korzystać z sauny, solarium ani basenu przez około 3 tygodnie. Obszar zabiegowy przecieramy wacikiem nasączonym wodą (przegotowaną lub butelkowaną) w kierunku od nosa do uszu, następnie osuszamy brwi delikatnie chusteczką. W pierwszy dzień brwi można przecierać nawet co dwie/trzy godziny, kolejne dni tylko rano i wieczorem. Szczegółowe zasady pielęgnacji określi linergistka po zabiegu.

Ze względu na delikatną i płytką pigmentację, makijaż brwi złuszczy się najszybciej ze wszystkich rodzajów makijażu permanentnego.