



ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU DEPILACJI LASEROWEJ

DANE OSOBOWE KLIENTA:

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL

Adres.....

Telefon.....

(z numeru telefonu skorzystamy tylko w celu skontaktowania się w sprawie zabiegu)

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA KLIENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z wykonującym zabieg lub lekarzem prowadzącym).

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK NIE

Jeśli tak to, na co:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK NIE

lateks, lidokaina, maści, inne? Jeśli tak to, na co:.....

Czy występują u Pana(i):

obrzęki TAK NIE pokrzywka TAK NIE

znamiona barwnikowe TAK NIE swędzenie TAK NIE

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby nowotworowe TAK NIE

choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył) TAK NIE

zaburzenia metaboliczne (cukrzyca) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, zaburzenia czucia, niedowład, porażenia, miastenia) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia) TAK NIE

choroby psychosomatyczne (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne TAK NIE

żółtaczką zakaźną A TAK NIE AIDS/ HIV TAK NIE

żółtaczką zakaźną B TAK NIE ch. weneryczne TAK NIE

żółtaczką zakaźną C TAK NIE

choroby skóry (łuszczyca, bielactwo, AZS, fotodermatozy) TAK NIE

opryszczka TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

Czy zażywa Pan(i) leki przeciwbólowe (ibuprofen, ketoprofen, naproksen) TAK NIE

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin? TAK NIE

- Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK NIE
Jeśli tak to jakie:
- Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, izotretynoinę (Accutane, Izotek)? TAK NIE
Jeśli tak, to proszę podać datę ostatniego przyjęcia leku.....
- Czy przyjmuje Pan(i) leki przeciwzakrzepowe lub aspirynę? TAK NIE
Jeśli tak to jakie:
- Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? TAK NIE
Jeśli tak to jakie:
- Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna? TAK NIE
- Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK NIE
- Czy często się Pan(i) opala? TAK NIE
Data ostatniej ekspozycji na słońce/ solarium.....
- Czy używa Pan(i) samoopalaczy? TAK NIE
- Czy używa Pan(i) kremów z filtrem? TAK NIE
- Czy używał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z retinolem? TAK NIE
- Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiegokolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu które ma być poddane zabiegowi? TAK NIE
Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

- Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE
- Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK NIE
- Czy karmi Pani piersią? TAK NIE
- Czy występowały kiedykolwiek u Pani zaburzenia hormonalne? (np. zespół policystycznych jajników) TAK NIE

OŚWIADCZENIA KLIENTA:

1. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu epilacji przy użyciu technologii laserowej Soprano ^{ICE} lub Motus AX, Motus AY.
2. Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: (I) przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu; (II) technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu; (III) pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu; (IV) objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu; (V) przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu; (VI) średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów.
3. Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego klienta i że uzależnione są od: osobniczych cech włosów, fototypu skóry, gospodarki hormonalnej oraz od regularności i zachowania odpowiednich odstępów między zabiegami w zależności od obszaru poddawanego epilacji.
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałem(am) się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez kosmetologa była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.

8. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w celu załączenia do karty klienta.
9. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z kosmetologiem asystującym/ wykonującym zabieg.
10. Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem- mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.
11. Zostałam poinformowana, że aby uzyskać najlepsze efekty kuracji należy bezwzględnie przestrzegać odstępów między zabiegami, które zaleca kosmetolog prowadzący terapię:
 - depilacja okolic twarzy - 4 tygodnie
 - depilacja pach i bikini - 6-8 tygodni
 - depilacja nóg - 8-10 tygodniJestem świadoma/y że odstęp między zabiegami przekraczający 12 tygodni oznacza przerwanie serii zabiegowej.

INFORMACJA DLA KLIENTA

TYPOWE I CZĘSTE MOŻLIWE DO WYSTĄPIENIA EFEKTY UBOCZNE PO ZABIEGACH DEPILACJI LASEROWEJ:

- dotkliwy lub długotrwały rumień (zaczerwienienie) w ciągu 2-24 godzin po zabiegu, które mogą utrzymywać się do kilku tygodni.
- podrażnienie, świąd, uczucie pieczenia lub łagodny ból (podobne do oparzeń słonecznych) w ciągu 48 godzin od zabiegu.
- dyskomfort – pacjenci w różnym stopniu odczuwają uczucie dyskomfortu. Niektórzy pacjenci opisują to doznanie jako szczypanie, zaś inni porównują je do pęknięcia opaski gumowej lub pieczenia, które może utrzymywać się do godziny po zabiegu. Większość klientów toleruje to uczucie podczas zabiegu, lecz niektórzy wymagają znieczulenia miejscowego.
- nadmierny obrzęk - bezpośrednio po zabiegu, zwłaszcza na nosie i policzkach, może występować przejściowy obrzęk skóry. Zazwyczaj ustępuje on w ciągu kilku godzin, lecz może trwać nawet do siedmiu dni.
- delikatna skóra – skóra w miejscu przeprowadzenia zabiegu i w jego pobliżu może stać się delikatna. Jeśli to nastąpi, należy unikać nakładania makijażu oraz nie należy pocierać skóry (może to doprowadzić do jej rozerwania).

RZADKIE MOŻLIWE DO WYSTĄPIENIA EFEKTY UBOCZNE PO ZABIEGACH DEPILACJI LASEROWEJ:

- mogą wystąpić pęcherze, naskórkowe nadżerki lub przebarwienia w okolicy zmian skórnych, oraz pozostać widoczne przez od kilku dni do kilku tygodni po zabiegu.
- uszkodzenie naturalnej struktury skóry – w niektórych przypadkach mogą utworzyć się strupy lub pęcherze. Należy postępować jak w przypadku opatrywania normalnych obrażeń.
- zmiana pigmentacji – w miejscu zabiegu może wystąpić zmiana pigmentacji. Większość przypadków hipopigmentacji lub hiperpigmentacji występują u osób o typie skóry IV do VI lub też gdy obszar zabiegu był wystawiony na działanie światła słonecznego w ciągu 3 tygodni przed lub po zabiegu.
- blizny – istnieje szansa wystąpienia blizn, takich jak powiększone blizny hipertroficzne lub keloidowe. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia blizn, należy dokładnie przestrzegać wszystkich instrukcji przed- i pozabiegowych.
- zasinienie – może wystąpić w obszarze, na którym przeprowadzany był zabieg, oraz może utrzymywać się przez kilka godzin lub nawet kilka dni.



- uszkodzenie oczu od światła odbitego lub długotrwałego narażenia niechronionych oczu na intensywne światło. W celu uniknięcia uszkodzenia oczu należy nosić okulary ochronne (odpowiednie do długości fali) podczas wszystkich zabiegów.

Oświadczam że, zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu depilacji laserowej.

Data i podpis klienta.....

Data i podpis wykonującego zabieg

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych w ramach powyższej ankiety danych dotyczących zdrowia w celach związanych z wykonaniem zabiegu depilacji.

Data i podpis klienta.....

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:

W związku z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych 2016/679 (RODO), które obowiązuje od 25 maja 2018 roku we wszystkich krajach należących do Unii Europejskiej, przekazujemy Ci poniższe informacje:

Administratorem Twoich danych osobowych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych jest DEPILAB Sp. z o.o
Ul. Kaszubska 52
70-226 Szczecin
NIP 8522671513

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania umowy sprzedaży.

Dane przekazane nam w związku z zamówieniem usługi depilacji laserowej / termoliftingu, przetwarzane są w celu realizacji zamówienia (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), wystawienia faktury (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), uwzględnienia faktury w naszej dokumentacji księgowej (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz w celach archiwalnych i statystycznych (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

Dane o zamówieniach będą przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji zamówienia, a następnie do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z tytułu zawartej umowy.

RODO przyznaje Ci następujące potencjalne uprawnienia związane z przetwarzaniem Twoich danych osobowych:

- 1) prawo dostępu do danych osobowych,
- 2) prawo do sprostowania danych osobowych,
- 3) prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- 5) prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych osobowych,
- 6) prawo do przenoszenia danych,



- 7) *prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego,*
- 8) *prawo do odwołania zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeżeli takową zgodę wyraziłeś.*

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są w Polityce Prywatności na naszej stronie internetowej pod adresem <https://depilab.pl/polityka-prywatnosci>.



Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o PROMOCJACH i PREZENTACH od DepiLab

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji marketingowych, wiadomości o ofertach specjalnych, bonach rabatowych i prezentach od DepiLab za pośrednictwem:

- SMS – podaj numer telefonu:
.....
- E-mail – podaj adres e-mail:
.....
- Nie wyrażam zgody

Data i podpis klienta.....

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:

W związku z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych 2016/679 (RODO), które obowiązuje od 25 maja 2018 roku we wszystkich krajach należących do Unii Europejskiej, przekazujemy Ci poniższe informacje:

Administratorem Twoich danych osobowych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych jest DEPILAB Sp. z o.o
Ul. Kaszubska 52
70-226 Szczecin
NIP 8522671513

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne by otrzymywać od nas informacje handlowe dotyczące aktualnych promocji, rabatów oraz ofert specjalnych.

Dane przekazane nam wykorzystywane są w celu przesyłania Ci informacji handlowych, a podstawą prawną ich przetwarzania jest Twoja zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

RODO przyznaje Ci następujące potencjalne uprawnienia związane z przetwarzaniem Twoich danych osobowych:

- 1) *prawo dostępu do danych osobowych,*
- 2) *prawo do sprostowania danych osobowych,*
- 3) *prawo do usunięcia danych osobowych,*
- 4) *prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,*
- 5) *prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych osobowych,*
- 6) *prawo do przenoszenia danych,*
- 7) *prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego,*
- 8) *prawo do odwołania zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeżeli takową zgodę wyraziłeś.*

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są w Polityce Prywatności na naszej stronie internetowej pod adresem <https://depilab.pl/polityka-prywatnosci>.



Wyrażam zgodę na wykonanie usługi przed upływem terminu 14 dni od daty zakupu. Wiem, że w ten sposób tracę prawo do odstąpienia od umowy zawartej na odległość.

(zgoda obowiązkowa jeśli zabieg został zakupiony poprzez DepiSHOP, a realizacja odbywa się przed upływem 14 dni od daty zakupu)

Data i podpis klienta.....

Historia zabiegowa

Imię i nazwisko klienta:

Data	Obszar zabiegu	Urządzenie laserowe	Parametry lasera

Podpis klienta:

Podpis kosmetologa:

Data	Obszar zabiegu	Urządzenie laserowe	Parametry lasera

Podpis klienta:

Podpis kosmetologa:

Data	Obszar zabiegu	Urządzenie laserowe	Parametry lasera

Podpis klienta:

Podpis kosmetologa: