

**ŚWIADOMA ZGODA KLIENTA NA WYKONANIE ZABIEGU ROZJAŚNIAJĄCO –
UJĘDRNIAJĄCEGO OKOLICĘ INTYMNĄ PREPARATEM PRX-T LADY**

Imię i nazwisko klienta:

Data:

Pesel:

Produkt dedykowany poprawie jakości skóry i komfortu stref intymnych kobiet. Produkt jest aplikowany bez użycia igieł, bezpośrednio pod skórę, bez konieczności naruszania ciągłości naskórka. Jest to skuteczny i przede wszystkim nieinwazyjny i bezbolesny zabieg działający stymulująco, ujędrniająco i rozjaśniającą na skórę okolicy anogenitalnej, ale również pach i otoczek brodawek sutkowych. PRX-T Lady w swoim składzie zawiera opatentowaną formułę wodoru i kwasy trójchlorooctowego (TCA) w stężeniu aktywnym. Zabieg polega na wcieraniu preparatu w skórę w obszarach zabiegowych, stąd nie jest wymagane użycie igieł.

Kwalifikacja klienta do zabiegu:

Proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania: (proszę zaznaczyć właściwe).

1. Samoopalacz, opalanie w solarium lub na słońcu w ciągu ostatnich 2 tygodni okolicy poddawanej zabiegowi **TAK / NIE**
2. Usuwanie owłosienia w miejscu poddawanych zabiegowi (krem, воск, pasta cukrowa, golenie, depilator, laser, IPL i inne) w ciągu ostatnich 5 dni **TAK / NIE**
3. Ciąża, karmienie piersią **TAK / NIE**
4. Peeling chemiczny obszaru poddawanego zabiegowi wykonany w ciągu ostatnich 2 tygodni **TAK / NIE**
5. Zabiegi chirurgiczne w obrębie obszaru poddawanego zabiegowi w ciągu ostatnich 3 miesięcy **TAK / NIE**
6. Zabiegi z zakresu ginekologii estetycznej w ciągu ostatnich 3 miesięcy (mezoterapia igłowa, wypełniacze, laser frakcyjny dopochwowy) **TAK / NIE**
7. Infekcja okolicy intymnej, otarcia, świeże blizny w strefie poddanej zabiegowi **TAK / NIE**
8. Czy aktualnie występuje opryszczka lub jest skłonność do jej powstawania? **TAK / NIE**
9. Choroby bakteryjne, wirusowe, grzybicze skóry, Covid w ciągu ostatnich 3m. **TAK / NIE**
10. Egzema skóry, Łuszczyca, Atopowe zapalenie skóry, ŁZS **TAK/ NIE**
11. Choroby nowotworowe **TAK/ NIE**
12. Skłonność do powstawania keloidów **TAK / NIE**
13. Alergie (produkty pszczele, salicylany, aspiryna, retinol, substancje złuszczone itp.) inne. **TAK / NIE**

Czy przyjmuje lub przyjmowała Pani/Pan:

1. Antybiotyki, statyny inne leki
2. Kortykosteroidy
3. Retinoidy, preparaty z pochodnymi witaminy A (izotretynoina)
4. Antykoncepcja

Czy są jakieś inne znane Pani/Panu okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegu?

.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam
niniejszym, że:

1. Otrzymałam/em od osoby wykonującej zabieg pełną informację na temat wskazań do zabiegu i technicznego wykonania. Poinformowano mnie o mogących wystąpić po zabiegu działaniach niepożądanych takich jak: zaburzenia barwnikowe, przetrwały rumień lub świąd, infekcje bakteryjne i wirusowe, bliznowacenie, zaburzenia poletkowania skóry, obrzęk, występujące rzadziej: reakcje alergiczne, poparzenie, powstanie płytkich blizn, inne komplikacje.

Wszelkie dane dotyczące stanu mojego zdrowia, zażywanych leków, przeprowadzanych zabiegów kosmetycznych/ medycyny estetycznej/ chirurgicznych oraz inne informacje podane w ankiecie KARTA KLIENTA są aktualne oraz zgodne z obowiązującym stanem faktycznym. Ponadto otrzymałam/am instrukcje postępowania i pielęgnacji miejsca poddanego zabiegowi.

Poinformowano mnie także o tym, że efekty zabiegu zależne są od rodzaju skóry, obszaru i techniki wykonania zabiegu. Zalecana jest seria zabiegów i kontynuacja pielęgnacji po zabiegu w warunkach domowych.

Ponadto zobowiązuję się do:

Przestrzegania zaleceń pielęgnacyjnych po wykonanym zabiegu dotyczących m.in.:

1. Zakaz korzystania z miejsc predysponujących do powstania infekcji i nadkażenia miejsca poddanemu zabiegowi (basen, sauna, siłownia) przez okres 5 dni od wykonania zabiegu.
2. Zakaz współżycia przez okres 5 dni od wykonania zabiegu.
3. Zaleca się noszenie luźnej, bawełnianej bielizny.
4. Unikania ekspozycji obszaru poddanego zabiegowi na słońcu, solarium, przez cały okres kuracji oraz przez miesiąc od zakończenia.
5. Nieprzegrzewania skóry tj. sauny, kąpeli parowych, basen, gorące kąpiele/prysznic, czynności wzmagające wydzielanie potu w okresie 3 dni od daty zabiegu.
6. Niestosowania szorstkich gąbek, rękawic do mycia okolicy poddanej zabiegowi. mechanicznie złuszcających naskórek.
7. Stosowania przez 2-3 dni po zabiegu kremu odbudowującego Wiqo Restoring Cream, który zapobiega wysuszeniu skóry.
8. Stosowania rozjaśniającego serum dedykowanego do okolicy intymnej Wiqo rano i wieczorem na oczyszczoną skórę okolicy poddanej zabiegowi.
9. Stosowania po zabiegu tylko i wyłącznie kremu oraz środków myjących polecanych przez osobę wykonującą zabieg.
10. Natychmiastowego kontaktu z osobą wykonującą zabieg w przypadku pytań, wątpliwości, wystąpienia działań niepożądanych.

.....
(podpis klienta)

Oświadczam, iż udzielone przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(podpis klienta)

Zobowiązuję się do poinformowania pracownika gabinetu o wszelkich dolegliwościach mogących stanowić przeciwwskazanie do przeprowadzenia zabiegu i wszelkich zmianach w stanie zdrowia po uzupełnieniu ankiety (w szczególności o chorobach układu krwionośnego, limfatycznego, neurologicznego, psychicznego, kostnego, skóry, o rozruszniku serca, kardiowertera, chorobach nowotworowych, stanach zapalnych w fazie ostrej, przebytej żółtacze, zarażeniu wirusem HIV i innymi wirusami w tym COVID-19, ciąży lubokresie połogowym, posiadanych protezach, amalgamatach, metalowych implantach w ciele, przebytych udarach itd.). Zatajanie chorób, schorzeń, lub odmiennych stanów skutkuje wzięciem przez Klienta na siebie odpowiedzialności za zdrowie. Gabinet oraz pracownicy nie ponoszą odpowiedzialności za ewentualne powikłania po wykonaniu zabiegu. Zobowiązuję się poinformować pracownika o pogorszeniu swojego samopoczucia w trakcie wykonywania zabiegu.

.....
(podpis klienta)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych w celu prowadzenia dokumentacji zabiegowej zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Administratorem danych jest: (wpisać nazwę i adres administratora danych)

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres naszej firmy, którego zgoda dotyczy.

.....
(data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę)

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych w celu wykonania zabiegu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Administratorem danych jest: (wpisać nazwę i adres administratora danych)

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres naszej firmy, którego zgoda dotyczy.

.....
(data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę)