

Poznań, dnia

OŚWIADCZENIE PRZED LASEROWYM USUWANIEM TATUAŻU

Ja niżej podpisany....., legitymująca/y się dowodem osobistym nr (wpisuje wykonujący zabieg), urodzona/y oświadczam, że dobrowolnie poddaję się zabiegowi usunięcia tatuażu metodą laserową Q-Switch. Jestem osobą pełnoletnią i w pełni świadomą konsekwencji usunięcia tatuażu tą metodą. Oświadczam, że rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i nie będę rościć żadnych pretensji do osoby wykonującej zabieg.
Poinformowałam/łem wykonującego zabieg o wszelkich alergiach, uczuleniach, chorobach oraz zażywanych lekach które mogą mieć wpływ na wykonanie zabiegu.

	TAK	NIE
Czy skóra w miejscu planowanego zabiegu jest świeżo opalona ?		
Czy w miejscu planowanego zabiegu był stosowany samoopalacz w ciągu ost. 3 mies. ?		
Czy były wykonywane specjalistyczne zabiegi w ciągu ostatnich 3 tygodni ?		
Czy cierpi Pan/i na: wirus zapalenia wątroby typu C (WZW C, ang. hepatitis C virus, HCV) ?		
Czy cierpi Pan/i na : Ludzki wirus niedoboru odporności typu HIV ?		
Czy Pana/i skóra łatwo się goi ?		
Czy bierze Pan/i leki rozrzedzające krew ?		
Czy w ostatnich 24 h spożywał/a Pan/i alkohol lub środki psychoaktywne ?		
Czy stosowała Pani/Pan w ciągu ostatnich 4 tygodni retinol w jakiegokolwiek postaci?		
Czy przyjmuje lub w ciągu ostatnich tygodni przyjmowała Pani/Pan leki lub inne specyfiki światło uczulające?		
Czy stosowała Pani/Pan w przeciągu ostatnich 2 tygodni następujące zioła: dziurawiec, nagietek?		
Czy cierpi Pani/Pan na schorzenia związane z wrażliwością na światło?		
Czy ma Pani/Pan zaburzony stan zdrowia skóry w wyniku chorób lub innych powodów?		
Czy Pani/Pana skóra ma skłonność do przebarwień?		
Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca, pompę insulinową lub implanty?		
Czy w ostatnim czasie przechodziła Pani/Pan chemioterapię lub radioterapię?		
Czy są Pani/Panu znane inne okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegu?		
Czy jest Pani w ciąży, lub karmi Pani piersią ?		

Następujące choroby: cukrzyca, padaczka, pokrzywka świetlna, toczень rumieniowaty, łuszczyca, nadciśnienie, bielactwo, krwotoki, osoby leczone na trądzik młodzieńczy w przeciągu 6 miesięcy, bliznowce, zapalenia skóry i urazy, osoby po leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów solami złota, zakażenie opryszczkowe, rak stanowią przeciwwskazanie do wykonywania zabiegów światłem laserowym chyba że lekarz stwierdzi inaczej. Ilość zabiegów, która jest potrzebna do uzyskania oczekiwanych efektów zależy m. in. od typu skóry, głębokości i koloru tuszu w miejscu zabiegu oraz indywidualnych predyspozycji poszczególnych osób, dlatego nie można z całą pewnością określić liczby zabiegów koniecznych do całkowitego usunięcia tatuażu. Rozumiem, że usuwanie tatuażu wymaga co najmniej 3 zabiegów. WAŻNA UWAGA! Efekt zabiegowy jest indywidualny i nie da się określić ilości zabiegów! Dlatego nie jest możliwe zagwarantowanie, że usunięcie tatuażu będzie całkowite po określonej ilości zabiegów przed przystąpieniem do zabiegu. Rozumiem, że nie mogę brać kąpiei słonecznych i odwiedzać solarium przez co najmniej rok, grozi to poparzeniem i przebarwieniami. Jestem świadomy możliwych reakcji skóry na laser: zaczerwienienia, uczucia pieczenia, lekkich obrzęków (lokalnych obrzęków) oraz hiper- i hipopigmentacji, powstałych po naświetlaniu skóry opalonej, odbarwienia te utrzymują się kilkanaście tygodni. Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że decyduje się na zabieg z pełną odpowiedzialnością, że przeczytałem i zrozumiałem niniejsze potwierdzenia. Zostałam/em poinformowana/ny o sposobie pielęgnacji po usunięciu tatuażu oraz o komplikacjach, które mogą wynikać niezależnie od sposobu dbania. Zostałem poinformowany o wszystkich możliwych czynnikach ryzyka.

W związku z tym, świadomie podejmuję decyzję o dokonaniu takiego zabiegu, a wszelką odpowiedzialność przenoszę na siebie.

Zobowiązuję się stosować produkty do pielęgnacji po zabiegu, oraz stosować do wszystkich zaleceń wskazanych przez wykonującego zabieg. W przeciwnym razie mogą wystąpić reakcje, za które osoba usuwająca tatuaż nie bierze odpowiedzialności.

Zostałam/łem poinformowany o wszelkich przeciwwskazaniach, efektach ubocznych oraz procesie gojenia się powstałej rany.

Wiem jak będzie zabieg przebiegać.

Mój podpis potwierdza, że zrozumiałam/łem, zapoznałam/łem się z oświadczeniem oraz regulaminem studia.

.....
(czytelne imię i nazwisko)

W myśl art.81 ustawy o prawie autorskim i pokrewnych, zezwalam firmie Montażownia Tatuażu Helena Wójtowicz na nieodpłatne utrwalanie i posługiwanie się wizerunkiem, a szczególnie jego fragmentem, związanym z przedmiotem niniejszego oświadczenia, do działań promocyjnych.

Wszelkie informacje nie będą wykorzystywane do innych celów innych niż dotyczących zabiegu.

.....
(czytelne imię i nazwisko)