

STREETWISE TATTOO

FICHA DE ANAMNESE

Nome: Data Nasc.:

Ocupação: Celular:

Endereço:

RG: CPF:

Está em tratamento médico? ☐ SIM ☐ NÃO Diabetes? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique:

Especifique:

Alguma cirurgia recente? ☐ SIM ☐ NÃO Histórico de convulsões? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique:

Especifique:

Possui alguma alergia? ☐ SIM ☐ NÃO Doenças infectocontagiosas? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique:

Especifique:

Problemas cardíacos? ☐ SIM ☐ NÃO Tem hipo/hipertensão? ☐ SIM ☐ NÃO

Algum tipo de câncer? ☐ SIM ☐ NÃO Já teve quadro de anemia? ☐ SIM ☐ NÃO

Fez/faz uso de drogas? ☐ SIM ☐ NÃO Hemofilia? ☐ SIM ☐ NÃO

Problema de cicatrização? ☐ SIM ☐ NÃO Tem algum tipo de hepatite? ☐ SIM ☐ NÃO

Algum outro problema que seja necessário nos informar? ☐ SIM ☐ NÃO

Especifique:

Declaro que as informações acima são verdadeiras, não cabendo ao profissional quaisquer responsabilidades por informações omitidas nessa avaliação.

Comprometo-me a seguir todos os cuidados necessários após o procedimento.

Em caso de tatuagem, estou ciente de que o processo tem carácter permanente, não sendo garantido a total remoção, mesmo com recurso à recente tecnologia de remoção de tatuagens.

Tenho conhecimento que o trabalho será realizado em condições de segurança e higiene recorrendo a instrumentos esterilizados e/ou descartáveis.

Data Atual:

Assinatura: