

KARTA COOLIFTING KRIO-KARBOKSYTERAPIA

IMIĘ I NAZWISKO: _____

ADRES: _____

DATA URODZENIA: _____

TELEFON/E-MAIL: _____

Niniejsza ankieta dotyczy kwestii związanych z Państwa zdrowiem. Ma na celu uzyskanie informacji, które pozwalają na bezpieczne przeprowadzenie zabiegu w naszym gabinecie. Dokument jest poufny. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania zaznaczając odpowiednie pola.

1. Część ogólna:

	TAK	NIE	OPIS
1.1 Czy ma Pani/Pan rany/gojące się rany w części ciała, gdzie wykonywany będzie zabieg?			
1.2 Czy jest Pani w ciąży?			
1.3 Czy karmi Pani piersią ?			

2. Inne schorzenia/przeciwwskazania:

	TAK	NIE
2.0 Choroby nowotworowe		
2.1 Choroby skóry np: egzema, łuszczyca		
2.2 Opryszczka, pokrzywka		
2.3 Choroby grzybiczne		
2.4 Alergie (na zimno, CO ₂ , substancje aktywne)		
2.5 Nadwrażliwość na dźwięk		
2.6 Zdiagnozowane choroby psychiczne		
2.7 Padaczka		

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów rejestracji w bazie danych klientów, zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych o stanie zdrowia (Dz. U. 1997 nr 133, poz 883 z późn. zm.). W przypadku podania adresu e-mail w niniejszej ankiecie wyrażam zgodę na otrzymywanie materiałów informacyjnych, handlowych i reklamowych drogą elektroniczną zgodnie z Ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 26.08.2002 roku (Dz. U. 2002 nr 144, poz. 1204).

Przysługuje Pani/Panu prawo do wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich zmiany lub usunięcia.

Data

Czytelny podpis klienta

Czytelny podpis pracownika

.....

.....

.....

Oświadczenie zgody na zabieg krio-karboksyterapii

(do zapoznania się i podpisania przed każdym zabiegiem)

Poinformowano mnie o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegów krio-karboksyterapia Coolifting . Przeciwwskazania stanowią : ciąża, karmienie piersią , rany skóry, alergie skóry, choroby nowotworowe, choroby zakaźne, infekcje, gorączka, alergie, zaburzenia psychiczne, nadwrażliwość na dźwięk, padaczka.

Oświadczam, że dane dotyczące mojego zdrowia, zażywania leków oraz wszelkie informacje podane w niniejszej ankiecie są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.

Po zabiegu krikarboksyterapii (Coolifting) przez minimum 4 godziny nie należy myć twarzy. Przez kolejne 24 do 48 godzin zaleca się unikanie ekspozycji na słońce, promieniowanie UV, korzystania z sauny, solarium, gorących kąpeli oraz intensywnego wysiłku fizycznego. W tym czasie nie powinno się również stosować makijażu, dotykać ani masować obszaru poddanego zabiegowi. Przez 5 do 7 dni należy zrezygnować z peelingów oraz kosmetyków zawierających kwasy lub retinol. Zaleca się stosowanie łagodnych preparatów nawilżających oraz codzienne używanie kremu z filtrem SPF 50. Bezpośrednio po zabiegu mogą wystąpić naturalne i przemijające reakcje, takie jak delikatne zaczerwienienie, uczucie napięcia lub chłodu skóry, które ustępują zazwyczaj w ciągu kilku godzin.

Przeprowadzono konsultację z pracownikiem gabinetu, w trakcie której zostały mi udzielone wyczerpujące informacje dotyczące wykonywanych zabiegów. W trakcie konsultacji miałam/em możliwość zadawania pytań i na wszystkie otrzymałam/em zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

Poniżej potwierdzam własnoręcznym podpisem, że decyduję się na zabieg krio-karboksyterapii Coolifting z pełną odpowiedzialnością. Potwierdzam, że przeczytałam/em i zrozumiałam/em powyższe zalecenia i przeciwwskazania do zabiegów. Potwierdzam, że otrzymałam/em ustne wskazania dotyczące właściwej pielęgnacji skóry przed zabiegiem i po zabiegu. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwych czynnikach ryzyka związanych z zabiegami krio-karboksyterapii Coolifting.

.....

Tabela wykonanych zabiegów i zgody na zabieg

[illegible]