

KARTA IN-MESO PEN

IMIĘ I NAZWISKO: _____

ADRES: _____

DATA URODZENIA: _____

TELEFON/E-MAIL: _____

Niniejsza ankieta dotyczy kwestii związanych z Państwa zdrowiem. Ma na celu uzyskanie informacji, które pozwala na bezpieczne przeprowadzenie zabiegów z wykorzystaniem mikronakłuwania 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 ?			
1.4 Czy ma Pani/Pan implanty, ciała obce metalowe w miejscach gdzie wykonywany będzie zabieg?			
1.5 Czy ma Pani/Pan rozrusznik serca?			
1.6 Czy Pani/Pan zażywa leki sterydowe, przeciwzapalne, przeciwzakrzepowe (aspiryna)?			
1.7 Czy posiada Pani/Pan wypełnienia (np. Kwas hialuronowy, botoks, inne)?			

2. Inne schorzenia/przeciwwskazania

	TAK	NIE
2.0 Choroby nowotworowe		

2.3 Choroby skóry np: egzema, łuszczyca		
2.4 Zaburzenia odporności		
2.6 Zaawansowana cukrzyca		
2.8 Opryszczka, pokrzywka		
3.2 Choroby grzybiczne		
3.3 Otwarte rany		
3.8 Zaburzenie krzepnięcia krwi		
3.9 Padaczka		
Inne:		

3. Czy znane są Pani/Panu inne okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegów z wykorzystaniem mikronakłuć?

.....

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów rejestracji w bazie danych Gabinetu, zgodnie z wymogami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) oraz ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000), ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych o stanie zdrowia. 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 18.07.2002 r. (Dz. U. 2002 nr 144, poz. 1204) oraz RODO (art. 6 ust. 1 lit. a). Przysługuje Pani/Panu prawo do wglądu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Data

Czytelny podpis klienta
pracownika

Czytelny podpis

.....

.....

.....

Oświadczenie zgody na zabieg mikronakłuwania IN-MESO PEN

(do zapoznania się i podpisania przed każdym zabiegiem)

Poinformowano mnie o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegów z użyciem mikronakłuwania IN-MESO PEN. Przeciwwskazania stanowią : ciąża, karmienie piersią , rany skóry, alergię skóry, implanty, ciała obce, zażywanie leków przeciwzapalnych, sterydowych, przeciwzakrzepowych, wypełnienia w postaci np. kwasu hialuronowego, botoksu, choroby nowotworowe, choroby zakaźne, infekcje, gorączka, zakrzepowe zapalenie żył, cukrzyca, zaburzenia krzepnięcia krwi, padaczka.

Oświadczam, że dane dotyczące mojego zdrowia, zażywania leków oraz wszelkie informacje podane w

niniejszej ankiecie na stronie 1/2 – Karta Klienta są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.

Po zabiegu mikronakłuwania IN-MESO PEN zalecane jest: wymiana pościeli oraz ręczników na czyste; wymiana maski zasłaniającej twarz i nos na nową; stosowanie specjalistycznych kosmetyków, zabezpieczenie skóry przed promieniowaniem UV (ochrona spf 50+); unikanie wysiłku fizycznego, sauny, basenu, rezygnacja z zabiegów złuszczących, depilacji i epilacji laserowej przez 14dni; ograniczenie dotykania okolicy zabiegowej; ograniczenie kontaktu ze zwierzętami w miejscu zabiegu.

Ilość zabiegów potrzebnych do uzyskania oczekiwanych efektów jest zależna od wielu czynników oraz indywidualnych predyspozycji poszczególnych osób oraz jest trudna do precyzyjnego określenia. W przypadku zabiegów mikronakłuwania IN-MESO PEN zalecana jest seria od 4 do 8 zabiegów w odstępach 7-14 dn.

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 mikronakłuwania IN-MESO PEN 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 mikronakłuwania IN- MESO PEN.

Informacje dodatkowe:

.....

Data

Czytelny podpis klienta
pracownika

Czytelny podpis

.....

.....

.....

Tabela wykonanych zabiegów i zgody na zabieg

[illegible]