

KARTA VOLUMA

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 światła szerokopasmowego VOLUMA w naszym gabinecie. Dokument jest poufny. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania zaznaczając odpowiednie pola.

Część ogólna:

	TAK	NIE	OPIS
1. Rany/gojące się rany w części ciała, gdzie wykonywany będzie zabieg			
2. Ciąża / laktacji?			
3. Stany zapalne skóry (opryszczka, trądzik, trądzik różowaty itp.)			
4. Niewyrównana cukrzyca			
5. Wymień zabiegi kosmetyczne i estetyczne wykonywane w ostatnich 6 miesiącach			
6. Terapie retinoidami (miejscowo i ogólnie)			
7. Przyjmowane leki, sterydy (fotouczulające i zwiększające wrażliwość na światło)			
8. Zioła światło uczulające (dziurawiec, nagietek, skrzyp)			
9. Choroby immunologiczne (RZS, SM, toczeń rumieniowaty, łuszczyca)			
11. Epilepsja - padaczka			
12. Choroby nowotworowe			
13. Skóra opalona, stosowanie samoopalaczy			

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

.....

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów rejestracji w bazie danych klientów salonu, 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 zabiegi światła szerokopasmowego VOLUMA

(do zapoznania się i podpisania przed każdym zabiegiem)

Poinformowano mnie o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegów laserowych: VOLUMA

Przeciwwskazania stanowią: ciąża, karmienie piersią, opalenizna (1 miesiąc), leki światło uczulające (retinoidy, tetracykliny), zioła (dziurawiec, rumianek, nagietek – przestać używać na 2 – 3 tygodnie przed zabiegiem), spożywanie alkoholu 24 godz. przed zabiegiem, bielactwo, łuszczyca (aktywna faza), padaczka, atopowe zapalenia skóry, zaburzenia krzepnięcia krwi, stosowanie leków zmniejszających krzepliwość krwi, skłonność do powstawania bliznowców (keloidów), blizn hipertroficznych, przebyte i obecne stany nowotworowe a w szczególności czerniak złośliwy oraz nawracający rak skóry lub kiedy widoczne są zmiany mogące wskazywać ryzyko raka, AIDS, zarażenie wirusem HIV, Żółtaczka typu B i typu C, choroby hormonalne oraz endokrynologiczne takie jak np. zespół policystycznego jajnika lub cukrzyca, spożycie lub okres 6 miesięcy od zakończenia przyjmowania Accutanu, stosowanie bądź przyjmowanie sterydów (krem lub tabletki), bardzo sucha i bardzo wrażliwa skóra, nieuregulowana cukrzyca, nadciśnienie, choroby serca, choroby naczyń krwionośnych, antybiotykoterapia na 1 miesiąc przed zabiegiem, przyjmowanie aspiryny na tydzień przed zabiegiem, stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu, stosowanie preparatów z witaminą A (retinol) – kremy, maści, toniki, tabletki, maści bądź kosmetyki na bazie alkoholu

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.

Rozumiem, że 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 światła szerokopasmowego VOLUMA zalecana jest sesja do 6 zabiegów w odstępach 4-6 tygodni.

Poniżej potwierdzam własnoręcznym podpisem, że decyduję się na zabieg laserowy VOLUMA (zaznaczyć odpowiednie pole w tabeli) z pełną odpowiedzialnością. Potwierdzam, że przeczytałam/em i rozumiałam/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 światła szerokopasmowego VOLUMA.

Data	Czytelny podpis klienta	Czytelny podpis pracownika
------	-------------------------	----------------------------

[illegible]