

OŚWIADCZENIE
ŚWIADOMA ZGODANA WYKONANIE TATUAŻU

Imię i nazwisko:.....Data urodzenia:.....

PESEL:Seria i nr dowodu.....Telefon.....

Oświadczam, iż jestem osobą pełnoletnią i wszelkie informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. Zabieg wykonania tatuażu odbędzie się w sterylnych warunkach, z użyciem jednorazowych igieł, środków higieny, sterylnych narzędzi, z czym zostałem/-am zapoznany/-a, potwierdzam, iż zapoznałem/-am się, zrozumiałem/-am i otrzymałem/-am instrukcję postępowania po zabiegu. Zobowiązuję się postępować zgodnie ze wskazówkami zawartymi w w/w instrukcji dotyczącej postępowania (pielęgnacji) nowo wytatuowanych miejsc na ciele. Jestem świadomy/-a, że zaniechanie prawidłowego postępowania pielęgnacyjnego może doprowadzić do powikłań oraz infekcji nowo wytatuowanych miejsc na ciele, które w konsekwencji mogą trwale uszkodzić skórę i tatuaż. Jestem poinformowany/-a że mam 2 miesiące na zgłoszenie konieczności poprawki tatuażu, która może się odbyć najpóźniej 6 miesięcy po zabiegu w ramach gwarancji (gwarancja bezpłatna nie obejmuje poprawki tatuażu która wynika z zaniedbania pacjenta czyli nieprawidłowej pielęgnacji).

Oświadczam, iż w przypadku wystąpienia nieprzewidzianych powikłań po wykonaniu tatuażu, zrzekam się wszelkich praw i finansowych roszczeń w stosunku do Heroink Tattoo Studio.

INFORMACJE ZDROWOTNE:

Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi umieszczając ją w kółku:

1. Czy choruje Pan/Pani na:

- WZW (Wirusowe Zapalenie Wątroby)? TAK NIE
 - HIV? TAK NIE
 - Cukrzycę? TAK NIE
 - Choroby serca? TAK NIE
 - Choroby układu krążenia - nadciśnienie, niekrzepliwość krwi itp? TAK NIE
 - Choroby dermatologiczne - łuszczycę itp? TAK NIE
 - Choroby neurologiczne- np. padaczkę? TAK NIE
2. Czy w ostatnim czasie była wykonywana iniekcja pobierania krwi? TAK NIE
3. Czy jest Pan/Pani alergikiem? TAK NIE
4. Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką poradni specjalistycznej? TAK NIE
5. Czy bierze Pan/Pani leki rozrzedzają krew? TAK NIE

PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA TATUAŻU:

- leczenie antybiotykowe, długie kuracje farmakologiczne silnymi lekami m.in. sterydami
- choroby serca, nadciśnienie krwi
- hemofilia, skłonności do przedłużonego krwawienia, niekrzepliwość krwi
- choroby skórne, alergie skórne
- rozległe blizny będące jeszcze w trakcie gojenia
- ciąża
- stany pooperacyjne, podgorączkowe itp.
- w przypadku nosicieli wirusa HIV i żółtaczki jest konieczność poinformowania tatuatora!

Przed wykonaniem procedury udzieliłem/-am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały mi zadane odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz uczuleń.

Uzyskane dane są poufne. Informacje przekazane w formularzach są w pełni jasne i zrozumiałe.

Przed zabiegiem miałem/-am możliwość zadawania pytań.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/-AM SIĘ Z POWYŻSZYM TEKSTEM I WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA WYKONANIE ZABIEGU. NINIEJSZY DOKUMENT JEST WAŻNY PRAWNIE I STANOWI ZGODĘ NA WYKONANIE ZABIEGU.

Data..... Podpis.....