

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU TATUOWANIA CIAŁA

imię i nazwisko:

data urodzenia:

miejsce wykonania tatuażu:

Zostałem/am poinformowany/a o sposobie wykonania zabiegu, postępowaniu po zabiegu, groźących powikłaniach i zgadzam się na wykonanie zabiegu .

Biorę odpowiedzialność za prowadzenie pielęgnacji po wykonanym zabiegu.

Zgadzam się na bezpłatne udokumentowanie zabiegu w postaci zdjęć/filmów do celów promocyjnych studio.

Podpis i data:

ANKIETA

Pytanie

TAK

NIE

Pytanie	TAK	NIE
Czy chorujesz na choroby nerek?		
Czy chorujesz na cukrzycę?		
Czy chorujesz na choroby serca?		
Czy chorujesz na nadciśnienie?		
Czy przechodzisz obecnie jakąś chorobę w ostrej fazie zakażenia (grypa, angina)?		
Choroby alergiczne ? Jeśli tak to na co?		
Czy w ostatnich 24h stosowałeś/eś leki powodujące rozrzedzenie krwi (np. aspiryna)?		
Czy masz uczulenie na metale , zwłaszcza nikiel ?		
Czy Ty lub ktoś z Twojej rodziny choruje na choroby przenoszone drogą krwi (AIDS, HIV, żółtaczkę typu C)?		
Czy byłeś/eś szczepiony/a przeciw WZW (wirusowe zapalenie wątroby)?		
Czy chorujesz na choroby nowotworowe?		
Czy chorujesz na zaburzenia krzepnięcia krwi (hemofilia, zaburzenia polekowe)?		
Czy przyjmujesz leki przeciwzakrzepowe?		
Czy występują u Ciebie schorzenia skóry w obrębie planowanej modyfikacji?		
Czy w ciągu ostatnich 24h zażywałeś/eś narkotyki lub piłeś/aś alkohol?		
Czy w ostatnim półroczu miałeś/eś wykonywaną iniekcję pobierania krwi?		
Czy w ostatnim półroczu byłeś/eś hospitalizowany/a?		
Czy w ostatnim półroczu korzystałeś/eś z usług fryzjerskich lub podobnych i zostałeś/aś skaleczony/a?		
Czy w obecnej chwili zażywasz jakieś leki? Jeśli tak, to jakie?		

Data

Podpis