

ZGODA NA 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.

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

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

3. Czy w ostatnim czasie była wykonywana iniekcja pobierania krwi? TAK NIE

4. Czy jest Pan/Pani alergikiem? TAK NIE

5. Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką poradni specjalistycznej? TAK NIE

6. 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, alergię skórne
- rozległe blizny będące jeszcze w trakcie gojenia
- ciąża
- stany pooperacyjne, podgorączkowe itp.
- w przypadku nosicieli wirusa HIV i Hepatitis B 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.....