

*Iwona Kozak*

# FORMULARZ REKLAMACYJNY

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer kontaktowy:

Data urodzenia:

Centrum szkoleń Iwona Kozak  
należące do Agencji Kontakt  
Iwona Kozak

# FORMULARZ REKLAMACYJNY

*Iwona Kozak*

Imię i Nazwisko

Data wykonanego zabiegu reklamowanego

Nazwa zabiegu reklamowanego

Numer telefonu

Wyjaśnienie Niezadowolenia

## ZGODA NA PRZETWARZANIE SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH

W związku z wyrażeniem zgody na wykonanie zabiegu, w celu minimalizacji zagrożeń związanych z jego wykonaniem, wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w niniejszej zgodzie, a obejmujących informacje o wystąpieniu czynników stanowiących przeciwwskazania do zabiegu, informacje zawarte w wypełnionym przez mnie formularzu stanu zdrowia czy informacje o innych schorzeniach. W przypadku podania nieprawdziwych informacji albo zatajenia prawdy, biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki zabiegu i zrzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej zabieg, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia.

---

PODPIS I DATA

ZGODA NA PRZETWARZANIE  
SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH  
OSOBOWYCH

*Iwona Kozak*

W związku z wyrażeniem zgody na wykonanie zabiegu, w celu minimalizacji zagrożeń związanych z jego wykonaniem, wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w niniejszej zgodzie, a obejmujących informacje o wystąpieniu czynników stanowiących przeciwwskazania do zabiegu, informacje zawarte w wypełnionym przez mnie formularzu stanu zdrowia czy informacje o innych schorzeniach. W przypadku podania nieprawdziwych informacji albo zatajenia prawdy, biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki zabiegu i zrzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej zabieg, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia.

Na terenie Centrum Szkoleń Iwony Kozak zamontowany jest monitoring, który zapewnia bezpieczeństwo i higienę pracy pracowników, ochrony mienia pracodawcy, zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę oraz umożliwienie wykrywania zachowań szkodzących pracodawcy, pracownikom lub narażających pracodawcę na straty.

Wyrażam zgodę na nagranie audio w trakcie przebywania na terenie Centrum Szkoleń Iwony Kozak. Nagranie może być wykorzystane jedynie przez pracowników Centrum Szkoleń Iwony Kozak.

Wyrażam zgodę na: 1. Dokonanie ww. nagrania audio. 2. Terminowe wykorzystanie tego nagrania lub jego fragmentów wybranych przez pracowników Centrum Szkoleń Iwony Kozak. Dodatkowo oświadczam, że wykorzystanie nagranych przekazów zgodnie ze zgodą, której udzielam, nie narusza niczyich dóbr osobistych, ani innych praw.

---

PODPIS I DATA

NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDANEJ ZABIEGOWI O , KTÓRYM  
MOWA W REKLAMACJI ..... (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU):

- W trakcie lub po immunosupresji
- Stany bakteryjne, grzybicze i wirusowe skóry
- Wiek poniżej 18 lat
- Epilepsja
- Skłonność do tworzenia bliznowców (keloidów)
- Nieustabilizowana cukrzyca
- Przyjmowanie niesteroidowych leków
- Aktywny trądzik różowaty
- Skłonność do bliznowaceń i zwłóknień
- Choroby tkanki łącznej
- Choroby autoimmunologiczne
- Stosowanie leków obniżających krzepliwość
- Przebyte nowotwory (konieczne ich odstawienie w odpowiednim czasie)
- Łuszczyca, egzema , zaburzenia krzepnięcia
- Alergia na preparaty
- Problemy z krzepliwością krwi
- Trwająca choroba autoimmunologiczna
- Stosowanie leków przeciwzakrzepowych indywidualna, szczególny nadzór)
- Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych
- Niedawna dermabrazja, zabieg laserowy lub peeling
- Stosowanie kortykosteroidów (6-8 tygodni)

*Iwona Kozak*

LISTA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WPŁYNAĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDANEJ ZABIEGOWI INIEKCJI, (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU)

- Solarium :
- Tendencja do powstawania siniaków z chorobami wywołanymi przez paciorkowce
- Przeszczep skóry (do 6 miesięcy)
- Powtarzająca się angina, ostre reumatyczne zapalenie stawów
- Laser ablacyjny (6-15 miesięcy)
- Nici PDO
- Zażywanie antykoagulantów
- Laser nieablacyjny (4 tygodnie)
- Codzienne stosowanie koagulantów
- Wypełniacze, botoks (6-8 tyg)
- Doustne stosowanie kortykosteroidów
- Nadwrażliwość skórna
- Cięża, karmienie piersią
- Opryszczka
- Depilacja (miesiąc), golenie (24 h) miejsca poddanego zabiegowi
- Cukrzyca
- Alergia
- Stany zapalne skóry
- Infekcje
- AZS, Łojotokowe zapalenie skóry, Atopowe zapalenie skóry
- Infekcje skórne

*Iwona Kozak*

## LISTA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WPŁYNAĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDANEJ ZABIEGOWI INIEKCJI, (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU)

- Zabiegi kosmetologii estetycznej :
- Przebyte Choroby:
- Przyjmowane leki:
- Nadciśnienie/ Niedociśnienie
- Problemy ze wzrokiem
- Szczepienia
- Stany lekowe
- Przeziębienia
- Podwyższona temperatura
- Substancje oburzające
- Krem Samoopalający
- Zastawki, implanty, rozruszniki, aparaty ortodontyczne
- Przerwanie ciągłości skóry w miejscu planowania wykonywania zabiegu
- Znamiona barwnikowe
- Świeże blizny
- Dermografizm
- Choroby dermatologiczne
- 

*Iwona Kozak*

# LISTA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WPŁYNAĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDANEJ ZABIEGOWI INIEKCJI, (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU)

Oświadczam, że nie występują i nie występowały podczas wykonywania zabiegu reklamowanego u mnie żadne z wyżej wymienionych czynników lub okoliczności, stanowiących przeciwwskazania do wykonania zabiegu i mam świadomość, że w przypadku ich zatajenia biorę na siebie pełną odpowiedzialność za negatywne skutki wykonanego zabiegu, w tym możliwość wystąpienia powikłań.

Oświadczam, że zostałam/em wyczerpująco poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, technice i sposobie wykonania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu, możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku, o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu, sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu, czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu, czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg, minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu. Jestem i byłem świadoma/y, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowana/y przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został określony przed przystąpieniem do zabiegu, a moimi oczekiwaniami. Zobowiązuję się do natychmiastowego i osobistego skontaktowania się z z Agencją Kontakt Iwona Kozak w przypadku wystąpienia u mnie zdarzenia niepożądanego po moim powrocie do domu.

Zobowiązuję się do poinformowania o wystąpieniu któregośkolwiek z działań niepożądanych, w przypadku jego utrzymywania się przez okres dłuższy niż jeden tydzień i/lub o wystąpieniu jakiegokolwiek innego zdarzenia niepożądanego.

Po jakim czasie zauważyła Pani niepokojące objawy po wykonanym reklamowanym zabiegu..... Kiedy po raz pierwszy wystąpiła Pani informacja, że jest Pani/Pan nie zadowolony z zabiegu reklamowanego..... Czy po zgłoszeniu niezadowolenia z wykonanego zabiegu ..... Centrum szkoleniowe Iwony Kozak wykonało kroki w rozwiązywaniu problemu. Jak Tak to jakie?

.....  
Czy Centrum Iwony Kozak wystąpiła Pani do specjalistów/lekarzy..... Jak tak do jakich?..... Czy była Pani/Pan u jakiegoś specjalisty/lekarz z własnej strony w ciągu ostatnich 2 lat..... Jak tak to jakich..... Została przekazana mi szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane przed wykonaniem zabiegu.. Poinformowano mnie o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta i zależą od indywidualnych cech anatomicznych pacjenta oraz stanu skóry przed zabiegiem. Z tego powodu jestem świadoma/y, że w wyniku wykonania zabiegu mogą występować inne powikłania, których nie da się przewidzieć oraz nie będę z tego powodu wnosić roszczeń odszkodowawczych. Podpis

.....  
Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu reklamowanego udzieliłam/em wszelkich dodatkowych i wyczerpujących informacji na temat mojego stanu zdrowia, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, alergii, szkoleniowcowi prowadzącemu szkolenie z zakresu zabiegu kosmetycznego, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegu lub ewentualne następstwa zdrowotne po jego wykonaniu, a także oświadczam, że nie jestem pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, jak również nie przyjmowałam/tem ich w okresie co najmniej 48 godzin przed rozpoczęciem zabiegu. Organizator szkolenia, osoba wykonująca zabieg oraz osoba go nadzorująca nie odpowiada za weryfikację prawdziwości uzyskanych wiadomości. Przyjmuję do wiadomości, iż w wyniku wykonania zabiegu mogą wystąpić inne niepożądane efekty niż wskazane w niniejszej zgodzie, a organizator, szkoleniowiec ani słuchacz nie podnoszą za nie odpowiedzialności. Obowiązuję się do przestrzegania zaleceń przed i po zabiegu.

Iwona Kozak

PODPIS I DATA

\_\_\_\_\_

# Rodo

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią obowiązku informacyjnego przedłożonego mi przez Administratora moich danych osobowych - firmę Agencja Kontakt Iwona Kozak - w zakresie przetwarzania danych osobowych zgodnie z treścią Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w tym z treścią przysługujących mi praw w zakresie przetwarzania danych osobowych zarówno w zakresie zawartej umowy jak i dobrowolnie wyrażonych zgód dobrowolnie wyrażonych zgód.

## ZGODA NA UTRWALANIE ORAZ WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie mojego wizerunku przez firmę Agencja Kontakt Iwona Kozak we Wrocławiu bezpośrednio przed zabiegiem, w trakcie jego wykonywania oraz bezpośrednio po zakończeniu.

Niniejsza zgoda obejmuje: wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, obrót egzemplarzami,

na których został utrwalony wizerunek oraz na zwielokrotnienie wizerunku wszelkimi dostępnymi technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie w materiałach służącym:

1. celom szkoleniowym TAK / NIE
2. celom marketingowym, w szczególności w mediach (np. Internet, w tym na portalach społecznościowych) w materiałach promocyjnych (np. folderach, ulotkach, plakatach, materiałach audio/wideo). TAK / NIE

W przypadku wyrażenia zgody w pkt 1 - zgoda obejmuje ponadto zapisywanie i udostępnianie wizerunku na nośnikach elektronicznych udostępnianych jako materiały szkoleniowe uczestnikom szkoleń.

Zgoda wyrażona jest na czas nieoznaczony do czasu jej wycofania. Oświadczam, że zostałam/em\* poinformowana/y\* o możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jak również, że od tej zgody nie jest uzależnione świadczenie usług.

*Iwona Kozak*

PODPIS I DATA

\_\_\_\_\_



# FORMULARZ DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA

Wykaz wszystkich leków przyjmowanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy:

Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/i: aspirynę, ibuprofen, spożywał/a alkohol?

Czy w ciągu ostatniego roku był/a Pan/i poddawany/a chemioterapii lub radioterapii?

Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/i reakcja alergiczna na którekolwiek z niżej wymienionych:

Maści z antybiotykami, Lateks, Orzechy, Leki, Metale, Farby do włosów, Narkotyki, Żywność  
Lidokaina, Farby, Kredki, Gliceryna

Inne alergie (wymienić):

Proszę wypełnić poniższą listę, zaznaczając sytuacje dotyczące Pani/Pana:

Zabieg laserowy lub IPL planowany w ciągu najbliższych 3 miesięcy

Czy jest Pan/i krwiodawcą?

Czy przed zabiegiem stosował/a Pan/i antybiotyki?

Czy korzystał/a Pan/i ze znieczulenia stomatologicznego?

Rezonans magnetyczny planowany w ciągu najbliższych 3 miesięcy

Zaburzenia pracy serca

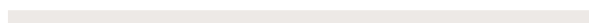
Palpitacje

Wypadanie płotka zastawki mitralnej

Szmer sercowy

*Jwona Kozak*

PODPIS I DATA



# FORMULARZ DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA

Gorączka reumatyczna

Zapalenie wątroby

Rozrusznik serca

Pótpasiec

Sztuczne zastawki

Liszajec zakaźny

Anemia

Astma

Długotrwałe krwawienie

Zaćma, zaburzenia widzenia

Wysokie ciśnienie tętnicze

Czy cierpi Pan/Pani na infekcje oka

Niskie ciśnienie tętnicze

Zespół suchego oka

Problemy z krążeniem

Opryszczka oka

Padaczka

Łzawienie

Omdlenia lub zawroty głowy

Szklka kontaktowe

Zaburzenia funkcji tarczycy

Operacja powiek

Choroba wątroby

Zaburzenia widzenia w ciągu ostatnich 6 msc.

Choroba nerek, jaskra

Spierzchnięte usta

Wrzody żołądka

Trichotillomania

Guzy, narośle lub cysty

Łysienie

Gruźlica

Wypadanie włosów w ostatnim czasie Schorzenia autoimmunologiczne

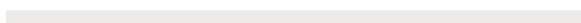
Udar

HIV

Proteza biodrowa lub stawowa Toczeń rumieniowaty układowy

*Iwona Kozak*

PODPIS I DATA



# FORMULARZ DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA

Gorączka reumatyczna

Inne tatuaże

Rozrusznik serca

Skłonność do sińców lub krwawienia

Sztuczne zastawki

Anemia

Wypełniacze skórne, np. Restylane (k. hialuronowy) Zastrzyki tłuszczowe

Długotrwałe krwawienie

Wysokie ciśnienie tętnicze

Implanty z Gore-Texu/zastrzyki z silikonu

Niskie ciśnienie tętnicze

Problemy z krążeniem

Stosowanie Retin A w ciągu 6 miesięcy

Padaczka

Preparaty AHA stosowane w ostatnich 2 tygodni

Omdlenia lub zawroty głowy

Peeling chemiczny/laserowy w ciągu ostatnich 6 msc.

Zaburzenia funkcji tarczycy

Choroba wątroby

Data ostatniego farbowania rzęs/brwi

Choroba nerek, jaskra

Czy występują problemy z gojeniem się ran?

Wrzody żołądka

Czy powstają blizny wypukłe?

Guzy, narośle lub cysty

Gruźlica

Czy kolor gojących się blizn jest ciemniejszy niż

Udar

reszta skóry?

HIV

Bliznowce

Proteza biodrowa lub stawowa  
Toczeń rumieniowaty układowy

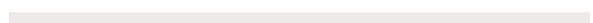
Wrażliwość na kosmetyki

Korzystanie z solarium

Czy opala się Pan/Pani regularnie?

*Jwona Kozak*

PODPIS I DATA



# WYPEŁNIA ORGANIZATOR SZKOLENIA

Iwona Kozak

Imię i nazwisko

data i podpis osoby przyjmującej oświadczenia zawarte w niniejszym Formularzu oraz udzielającej informacji i wyjaśnień w zakresie objętym treścią niniejszego

Formularza Wypełnia osoba wykonująca zabieg reklamacyjny:

Data i miejsce wykonania zabiegu kosmetycznego / kosmetologicznego w ramach programu szkoleniowego Centrum Szkoleń Iwony Kozak należąca do Agencja Kontakt Iwona Kozak:  
Ocena stanu na dzień reklamowanego zabiegu

Uwagi: Rozpatrzenie reklamacji..... Imię, nazwisko i podpis

Imię i nazwisko szkoleniowca prowadzącego szkolenie

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia wykonującego zabieg

Uwagi:

PODPIS I DATA

