Iwona Kozak

ZGODA NA ZABIEG
MEDYCYNY ESTETYCZNEJ

Imię i Nazwisko:

Numer kontaktowy:

Data urodzenia:

Centrum szkoleń Iwona Kozak
należące do Agencji Kontact
Iwona Kozak

ZGODA NA UDZIAŁ W CHARAKTERZE MODELKI/MODELKA

Iwona Kozak

Wyrażam zgodę na udział w charakterze modelki / modela i wykonanie na mnie oznaczonego zabiegu w ramach programu szkoleniowego, prowadzonego przez Agencja Kontact Iwona Kozak we Wrocławiu. Mam świadomość, iż przedmiotowy zabieg wykonany zostanie zgodnie z zasadami sztuki kosmetologicznej, pod nadzorem i według wskazań prowadzącego szkolenie kosmetologa, posiadającego odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje zawodowe do wykonywania tego rodzaju zabiegów, jednakże samo wykonanie zabiegu dokonane zostanie przez słuchacza – uczestnika szkolenia, jako element części praktycznej, mającej na celu nabycie przez niego umiejętności samodzielnego wykonywania tego rodzaju zabiegów. Przyjmuję do wiadomości, że zabieg wykonywany przez osobę uczącą się – słuchacza - może mieć niedoskonałości oraz może trwać dłużej niż zabieg wykonywany przez profesjonalistę. Zabieg zostanie wykonany przez słuchacza wyłącznie na moją odpowiedzialność. Akceptuję, iż efekt końcowy zabiegu, w tym ewentualne niedające się przewidzieć skutki uboczne, uzależnione są od indywidualnych cech danego organizmu. W związku z tym nie będę rościć żadnych pretensji za efekt końcowy wobec osoby wykonującej zabieg, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia. Mając to na uwadze zabieg wykonany zostanie po cenie niższej niż rynkowa wartość takiej usługi. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że decyzja o dopuszczeniu mnie do wykonania zabiegu należy do kosmetologa prowadzącego szkolenie, jak również decyzja o przerwaniu / zakończeniu zabiegu na każdym jego etapie, w szczególności w przypadku wystąpienia albo ryzyka wystąpienia niekorzystnych objawów, mogących mieć wpływ na mój stan zdrowia. W przypadku wystąpienia niepożądanych objawów w trakcie lub po zabiegu obowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym organizatora szkolenia, wykonującego lub nadzorującego zabieg. W wystąpieniu powikłań modelka zobowiązuje się do postępowania według Naszych wskazówek czyli wykonanie wszystkich czynności pod Naszą kontrolą w celu usunięcia powikłań. Jeśli modelka nie zastosuje się do naszych procedur, czyli wykona jakieś decyzje na własną rękę nie bierzemy za to odpowiedzialności.

PODPIS I DATA

ZGODA NA UDZIAŁ W CHARAKTERZE MODELKI/MODELKA

Iwona Kozak

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania klientki o zabiegu wypełnienia zmarszczek preparatem ……., ryzyku zabiegu oraz innych, alternatywnych metodach leczenia.

Bardzo ważne jest, aby Pani przeczytała te informacje dokładnie i do końca.
Proszę podpisać każdą stronę, co będzie potwierdzeniem zapoznania się z całym dokumentem.

…… to najnowszy wypełniacz wprowadzany metodą niechirurgiczną służący do modelowania konturu twarzy.

Daje on natychmiastowe i długotrwałe efekty.

…… to nowa generacja wypełniacza, który charakteryzuje niezwykła różnorodność zastosowania zarówno w kosmetyce, jak i rekonstrukcji, bez konieczności stosowaniazabiegów chirurgicznych.

Unikalny skład …… zapewnia natychmiastową poprawę wyglądu, charakterystyczną dla innych wypełniaczy, plus długotrwałe efekty.

…… nie zawiera składników pochodzenia zwierzęcego dlatego nie wywołuje reakcji alergicznych. W związku z powyższym nie mapotrzeby robienia testów uczuleniowych bezpośrednio przed zabiegiem.

Zabieg …… może być wykorzystany dla modelowania między innymi linii żuchwy, bruzd nosowo - wargowych, zmarszczek tzw. "marionetkowych" (biegnących od nosa, koło kącików ust aż do podbródka).

Zabiegi alternatywne :
Zabiegi leczenie obejmuje wypełnienie zmarszczek innymi wypełniaczami - preparatami kwasu hialuronowego, tłuszczu, przeszczepami skóry właściwej, plazma żelu,
zastosowanie zabiegów laserowych, wykonanie zabiegu operacyjnego a także nie wykonywanie zabiegu. Alternatywne zabiegi są z pewnymi czynnikami ryzyka i potencjalnymi powikłaniami.

PODPIS I DATA

ZGODA NA UDZIAŁ W CHARAKTERZE MODELKI/MODELKA

Iwona Kozak

Dające się przewidzieć następstwa zabiegu :

1. Blizny – Każde postępowanie zabiegowe powoduje powstawanie blizn, które czasami nie są ładne. Nieprawidłowe blizny mogą występować na powierzchni skóry i tkankach położonych głębiej. Blizny mogą mieć kolor różniący się od koloru otaczającej skóry. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa korekcja.

2. Asymetria – Pewna asymetria występuje u każdego człowieka. Różnice w wyglądzie lub symetrii może także występować po zabiegu. Dodatkowy zabieg może być konieczny w celu poprawy asymetrii.

3. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk i zwiększenie ciepłoty ciała zawsze występują po każdym zabiegu. Skóra w operowanej okolicy może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra. Rzadko zdarza się jednak, że to przebarwienie skóry może utrzymywać się przez długi okres czasu lub może pozostać na zawsze.

4. Przeczulica skóry, świąt sukcesywnie ustępują po kilku dniach, rzadko przedłużają sięna dłuższy okres czasu.

5. Odległe wyniki – Zmiany kształtu ciała mogą być związane z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, ciążą lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytego wcześniej zabiegu.

6. Ból – Po zabiegu może występować ból o różnym nasileniu. Przewlekły ból występuje rzadko i związany jest zazwyczaj z pociąganiem nerwów przez powstającą bliznę. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

PODPIS I DATA

ZGODA NA UDZIAŁ W CHARAKTERZE MODELKI/MODELKA

Iwona Kozak

Powikłania z winy klienta :

Mogą mieć miejsce w następujących przypadkach :
1. Niestosowania się klienta do zaleceń pozabiegowych,
2. Nie zgłaszania się na wizyty kontrolne,
3. Nie przestrzegania odpowiedniej diety,
4. Powstrzymywania się od wykonywania niektórych czynności

Czynniki ryzyka związane z zabiegiem wstrzyknięcia preparatu …….. :
Każde leczenie obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z nim.
1. Wybór pacjenta – Osoby z problemami medycznymi, otyłością lub nierealnymi oczekiwaniami nie powinni być rozważani jako kandydaci do zabiegu .
2. Krwawienie – jest możliwe w trakcie lub po zabiegu. Zwykle ustępuje ono po kilku minutach. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem.
3. Infekcja – jest bardzo rzadkim powikłaniem po tego typu zabiegu. Infekcja może rozwinąć się od razu w okresie pozabiegowym. Jeśli wystąpi infekcja leczenie polega na podawaniu antybiotyków.
4. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk mogą wystąpić po zabiegu Skóra w miejscu poddanym zabiegowi może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra.
5. Zaburzenia czucia na skórze – Pewne zaburzenia czucia skóry są powikłaniami zaraz po zabiegu. Po kilku dniach większość pacjentów odzyskuje prawidłowe czucie.
Częściowa lub całkowita utrata czucia na skórze może wystąpić niezmiernie rzadko.
6. Nierówności widoczne na powierzchni skóry – Nierówności widoczne na skórze mogą występować po wykonaniu wstrzyknięcia preparatu i są związane zwykle z odczynem zapalnym występującym jako reakcja na podanie preparatu.
7. Blizny – Każde postępowanie powoduje powstawanie blizn, które czasami nie są ładne. Nieprawidłowe blizny mogą występować w miejscu nakłuć na powierzchni skóry. Blizny mogą mieć kolor różniący się od koloru otaczającej skóry.
8. Po wstrzyknięciu preparatu może występować obrzęk i zaczerwienienie oraz zgrubienia w miejscu wprowadzenia preparatu, które mogą utrzymywać się od 1-2 tygodni. W rzadkich przypadkach objawy te trwają dłużej. Zgrubienia , które utrzymują się dłuższy okres czasu muszą być usunięte chirurgicznie

PODPIS I DATA

ZGODA NA UDZIAŁ W CHARAKTERZE MODELKI/MODELKA

Iwona Kozak

9. Martwica skóry – Martwica skóry jest bardzo rzadka po wstrzyknięciu preparatu …… i może być związana z przemieszczeniem się preparatu w okolicę skóry. Leczenie obejmuje zabiegi usunięcia martwicy skóry.
10. Reakcje alergiczne – Rzadko występują reakcje alergiczne na preparat ……. Mogą to być objawy astmy lub pokrzywka. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowegoleczenia.
11. Wstrząs – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z uczuleniem na preparat. Wymaga natychmiastowego leczenia.
12. Asymetria – Pewna asymetria ciała może występować po zabiegu wstrzyknięcia preparatu …….. Czynniki takie jak: napięcie skóry, nagromadzenie tkanki tłuszczowej, napięcie mięśni czy uwidocznienie pod skórą kości mogą mieć wpływ na wynik estetyczny zabiegu.
13. Odległe wyniki – Zmiany kształtu ciała mogą być związane z wiekiem, odchudzaniemsię lub tyciem, ciążą lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnieod przebytego wcześniej zabiegu.
14. Znieczulenie – powierzchniowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Należy poinformować wykonującego zabieg o możliwości wystąpienia uczulenia na preparaty znieczulenia powierzchniowego stosowane w tym zabiegu.
15. Ból – Po zabiegu może występować ból o różnym nasileniu. Przewlekły ból występuje rzadko i związany jest zazwyczaj z pociąganiem nerwów przez powstającą bliznę.
16. Niezadowalający efekt – Po zabiegu mogą występować nierówności widoczne lub wyczuwalne przy uciśnięciu skóry. Zwykle przestają być widoczne i wyczuwalne po upływie kilku tygodni.
17. Uszkodzenie głębiej położonych struktur – Podczas zabiegu może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie.
18. Informacja o lekach antykoncepcyjnych – Proszę poinformuj czy przyjmujesz leki antykoncepcyjne i czy nie jesteś w ciąży. Wiele leków może neutralizować leki antykoncepcyjne i może dojść do zajścia w ciążę.
19. Kontakty intymne po zabiegu – Mogą powodować krwawienie lub powstanie zasinień Dodatkowo może dojść do powstania obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.
20. Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy- Ważne są realne oczekiwania pacjenta,
żezabieg ma na celu poprawę wyglądu ciała, a nie uzyskanie idealnego rezultatu.

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 przeciwskazania 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 zapewnienia bezpieczeństwo i higiene 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 nagranego przekazu zgodnie ze zgodą, której udzielam, nie narusza niczyich dóbr osobistych, ani innych praw.

PODPIS I DATA

LISTA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WPŁYNĄĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDANEJ ZABIEGOWI INIEKCJI, (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 WPŁYNĄĆ 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 kortykoseroidów
- [ ] Nadwrażliwość skórna
- [ ] Ciąża, 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 WPŁYNĄĆ 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 WPŁYNĄĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY PODDANEJ ZABIEGOWI INIEKCJI, (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU)

Oświadczam, że nie występują 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 odpo-wiedzialność 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 świadoma/y, ze 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, ze 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 specjalistą w przypadku wystąpienia u mnie zdarzenia niepożądanego po moim powrocie do domu. Zobowiązuję się do poinformowania lekarza/specjalistę o wystąpieniu któregokolwiek z działań niepożądanych, w przypadku jego utrzymywania się przez okres dłuższy niż jeden tydzień i/lub o wystąpieniu jakiegokolwiek innego zdarzenia niepożądanego.

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.

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu 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 kosmetologicznego, 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/łem 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 Administra-tora moich danych osobowych - firmę Agencja Kontact 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 zgódi dobrowolnie wyrażonych zgód.

ZGODA NA UTRWALANIE ORAZ WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie mojego wizerunku przez firmę Agencja Kontact 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
2. celom marketingowym, w szczególności w mediach (np. Internet, w tym na portalach społecznościowych) w materia-łach promocyjnych (np. folderach, ulotkach, plakatach, materiałach audio/wideo).

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 płatka zastawki mitralnej

Szmer sercowy

Iwona Kozak PODPIS I DATA

FORMULARZ DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA

Gorączka reumatyczna

Rozrusznik serca

Sztuczne zastawki

Anemia

Długotrwałe krwawienie

Wysokie ciśnienie tętnicze

Niskie ciśnienie tętnicze

Problemy z krążeniem

Padaczka

Omdlenia lub zawroty głowy

Zaburzenia funkcji tarczycy

Choroba wątroby

Choroba nerek, jaskra

Wrzody żołądka

Guzy, narośle lub cysty

Gruźlica

Udar

HIV

Proteza biodrowa lub stawowa Toczeń rumieniowaty układowy

Zapalenie wątroby

Półpasiec

Liszajec zakaźny

Astma

Zaćma, zaburzenia widzenia

Czy cierpi Pan/Pani na infekcje oka

Zespół suchego oka

Opryszczka oka

Łzawienie

Szkła kontaktowe

Operacja powiek

Zaburzenia widzenia w ciągu ostatnich 6 msc.

Spierzchnięte usta

Trichotillomania

Łysienie

Wypadanie włosów w ostatnim czasie Schorzenia autoimmunologiczne

Iwona Kozak

PODPIS I DATA

FORMULARZ DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA

Gorączka reumatyczna

Rozrusznik serca

Sztuczne zastawki

Anemia

Długotrwałe krwawienie

Wysokie ciśnienie tętnicze

Niskie ciśnienie tętnicze

Problemy z krążeniem

Padaczka

Omdlenia lub zawroty głowy

Zaburzenia funkcji tarczycy

Choroba wątroby

Choroba nerek, jaskra

Wrzody żołądka

Guzy, narośle lub cysty

Gruźlica

Udar

HIV

Proteza biodrowa lub stawowa
Toczeń rumieniowaty układowy

Inne tatuaże

Skłonność do sińców lub krwawienia

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

Implanty z Gore-Texu/zastrzyki z silikonu

Stosowanie Retin A w ciągu 6 miesięcy

Preparaty AHa stosowane w ostatnich 2 tygodni

Peeling chemiczny/laserowy w ciągu ostatnich 6 msc.

Data ostatniego farbowania rzęs/brwi

Czy występują problemy z gojeniem się ran?

Czy powstają blizny wypukłe?

Czy kolor gojących się blizn jest ciemniejszy niż

reszta skóry?

Bliznowce

Wrażliwość na kosmetyki

Korzystanie z solarium

Czy opala się Pan/Pani regularnie?

Iwona Kozak PODPIS I DATA

WYPEŁNIA ORGANIZATOR SZKOLENIA

Iwona Kozak

Data i miejsce wykonania zabiegu kosmetycznego / kosmetologicznego w ramach programu szkoleniowego Centrum Szkoleń Iwony Kozak należąca do Agencja Kontact Iwona Kozak:

Imię i nazwisko szkoleniowca prowadzącego szkolenie

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia wykonującego zabieg

Uwagi:

PODPIS I DATA

Po zabiegowe zalecenia

Iwona Kozak

Bezpośrednio po zabiegu przez około 5-6 godzin unikamy pochylania i zadzierania głowy, masowania lub dotykania twarzy, a także przebywania w pozycji leżącej. Może to spowodować niekontrolowane przesunięcie się preparatu – a co za tym idzie np. opadnięcie powieki, nienaturalne uniesienie brwi lub inne niepożądane efekty. Przez następne dwie doby unikamy także nadmiernej mimiki w miejscu iniekcji i staramy się utrzymać ją w czystości.

Do kilku dni po zabiegu staramy się nie wykonywać forsownych ćwiczeń i rezygnujemy z treningu.

Przez kolejne dwa tygodnie – a bezwzględnie przez kilka dni po botoksie - unikamy gwałtownych wahań temperatury.

Odpadają więc wizyty w saunie, łaźniach parowych czy solarium, jak również zabiegi w kriokomorze.

Staramy się unikać wystawiania na słońce i opalania, a także przebywania na zewnątrz jeśli temperatura spada poniżej zera.

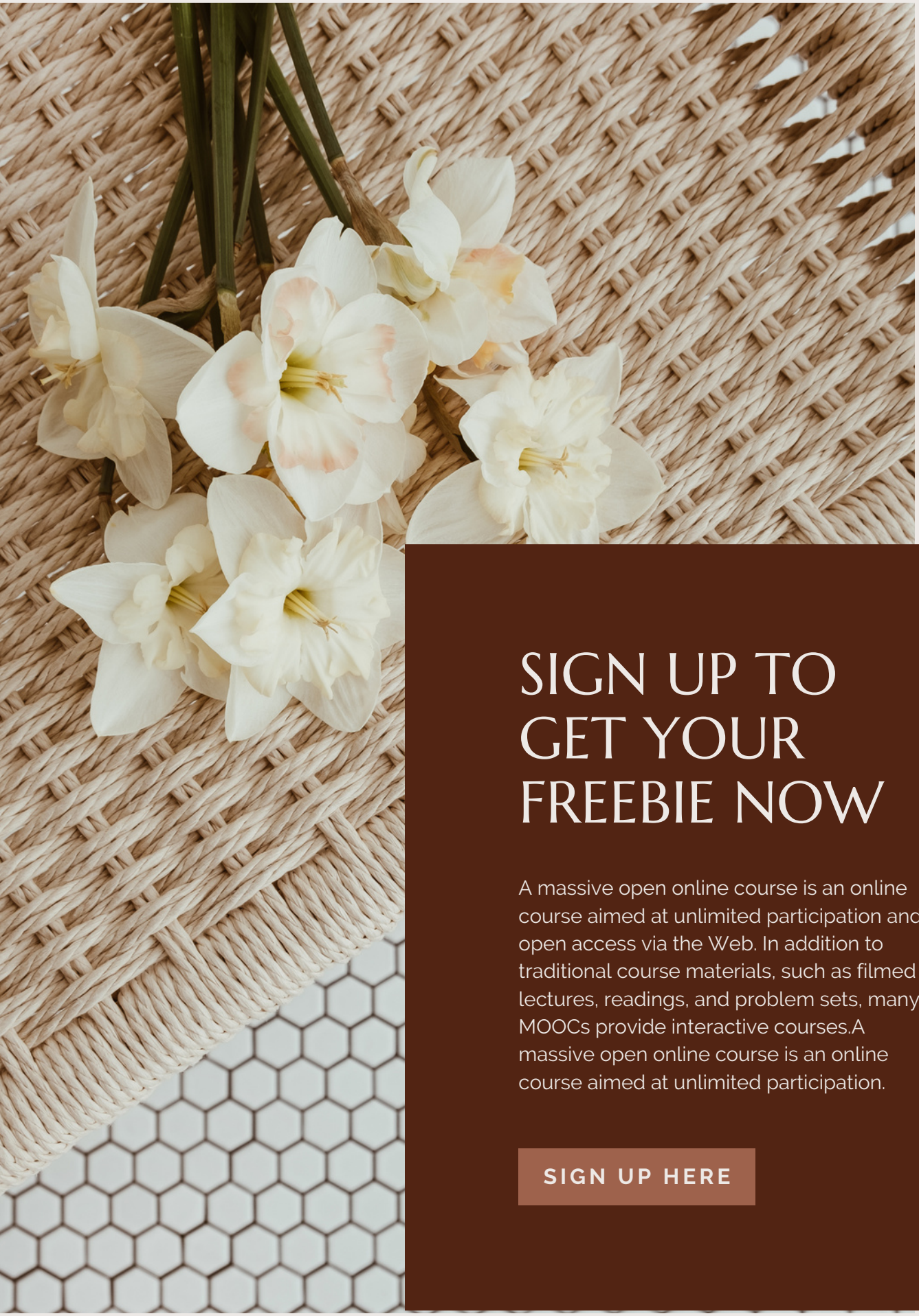
W razie dodatkowych pytań lub zaobsreowania niepokojących sytuacjui po zabiegu prosimy o kontakt pod numerem 509 904 708 lub 884 787 526

JOIN OUR COURSE NOW

A massive open online course is an online course aimed at unlimited participation and open access via the Web. In addition to traditional course materials, such as filmed lectures, readings, and problem sets, many MOOCs provide interactive courses.

A massive open online course is an online course aimed at unlimited participation and open access via the Web. In addition to traditional course materials, such as filmed lectures, readings, and problem sets, many MOOCs provide interactive courses.A massive open online course is an online course aimed at unlimited participation and open access via the Web. In addition to traditional course materials, such as filmed.

JOIN OUR COURSE HERE



SIGN UP TO GET YOUR FREEBIE NOW

A massive open online course is an online course aimed at unlimited participation and open access via the Web. In addition to traditional course materials, such as filmed lectures, readings, and problem sets, many MOOCs provide interactive courses.A massive open online course is an online course aimed at unlimited participation.

SIGN UP HERE

THANK YOU!

A massive open online course is an online course aimed at unlimited participation and open access via the Web. In addition to traditional course materials, such as filmed lectures, readings, and problem sets, many MOOCs provide interactive courses.A massive open online course is an online course aimed at unlimited participation and open access via the Web. In addition to traditional course materials, such as filmed lectures, readings, and problem sets, many MOOCs provide interactive courses.