

# SOUHLAS S PROVEDENÍM PERMANENTNÍHO MAKE-UPU

Kosmetika Monika Kazíková, IČO: 68675003

## OSOBNÍ ÚDAJE KLIENTA

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Adresa: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

## ZDRAVOTNÍ STAV

Prosím označte (ano/ne), zda trpíte nebo jste v minulosti trpěli následujícími zdravotními problémy:

- Alergie na anestetika, barviva, latex (ano/ne):
- Hemofilie, poruchy srážlivosti krve (ano/ne):
- Diabetes (ano/ne):
- Kožní onemocnění v oblasti zákroku (ano/ne):
- Epilepsie (ano/ne):
- Těhotenství nebo kojení (ano/ne):
- Užívání léků na ředění krve (ano/ne):
- Další zdravotní komplikace: .....

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

- Beru na vědomí, že permanentní make-up je kosmetický zákrok spočívající v implantaci pigmentu do pokožky.
- Byly mi vysvětleny možné vedlejší účinky, jako jsou otok, zarudnutí, infekce či alergická reakce.
- Chápu, že výsledek se může lišit v závislosti na individuální reakci mé pokožky a dodržování následné péče.
- Byly mi poskytnuty informace o následné péči a doporučení pro optimální hojení.
- Beru na vědomí, že trvanlivost pigmentu závisí na typu pleti, expozici slunci a dalších faktorech.

## **PROHLÁŠENÍ O SOUHLASU**

Tímto prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o postupu permanentního make-upu, jeho možných rizicích a následné péči. Potvrzuji, že všechny uvedené informace jsou pravdivé a že si přeji tento zákrok podstoupit.

**Datum:**

**Podpis klienta:** ..... **Podpis kosmetičky:** .....

## **SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů společností Kosmetika Monika Kazíková v souladu s GDPR za účelem provedení permanentního make-upu a následné péče.

**Podpis klienta:** .....

**Děkujeme za důvěru a dodržování doporučené péče po zákroku.**

**Kosmetika Monika Kazíková**