ИНФОРМИРОВАНОЕ СОГЛАСИЕ КЛИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ КОСМЕТИЧЕСКОГО ПИРСИНГА

Ваш мастер _____ является квалифицированным специалистом по КОСМЕТИЧЕСКОМУ ПИРСИНГУ и обязуется выполнять все требования правил и норм, регулирующих проведение процедуры, документировать все необходимые параметры и хранить Ваши фотографии, сделанные до и после окончания процедур.

Мастер гарантирует сохранение конфиденциальности всей информации, полученной от Вас.

Я, ФИО _____

- **Даю** разрешение на выполнение процедуры косметического пирсинга**.** Я ознакомлена с сутью и особенностями процедуры и получила ясные ответы на все интересующие меня вопросы.

- **Я знаю,** что процедура косметического пирсинга проводится специальным оборудованием или с помощью катетеров, выбор метода определяет специалист на основании видимой картины на данный момент.
- **Я знаю** что результат процедуры зависит от исходного состояния кожи, моего имунитета, особенностей выбора места прокола.
- **Я даю свое согласие** на фотографирование для сравнительной оценки результатов.
- **Я осведомлена,** что продолжительность процедуры от 30 до 60мин

- **Я осведомлена,** о том что в зоне прокола может быть наличие рубцовой ткани, полученной в результате предыдущего опыта пирсинга и вернуть кожу к здоровому состоянию полностью невозможно.
- **Я предупреждена**, о возможности болевых ощущений во время проведения процедуры и осложнений после проведения процедуры в виде временной отечности (1-3 дня), образования сукровицы (3-6 дней) и очень редко - гематомы, аллергические реакции.
- **Я предупреждена** о возможных герпесных высыпаниях (на губах).
- **Я ознакомлена** с до- и пост- процедурными рекомендациями.

- **Я получила** в письменном виде «Рекомендации после процедуры косметического пирсинга» и осведомлена, что несоблюдение указанных рекомендаций может привести к нежелательным последствиям, за которые мастер не несёт ответственности.
- **Я подтверждаю** достоверность информации о состоянии своего здоровья на весь период прохождения курса.

Я полностью доверяю мастеру и соглашаюсь с тем, что любая индивидуальная реакция моего организма на процедуру косметического пирсинга не может являться причиной для претензий к мастеру.

_____ *«____»* _____ *20 _ г.*

Информация о здоровье клиента

Анамнез (нужное подчеркнуть, если **да**)	нет	да
Болеете ли Вы в данный момент ОРВИ, герпесом?		
Бывают ли аллергические реакции на: лекарства, продукты, пыльцу, животных, анестезию (лидокаин),бронхиальная астма?		
Были ли раньше осложнения во время и после стоматологического лечения, операций, ПМ?		
Бывают ли длительные кровотечения, нарушение свертываемости крови?		
Имеются ли заболевания щитовидной железы?		
Наблюдается ли повышение уровня глюкозы(сахара) в крови, сахарный диабет?		
Больны ли гепатитом –B,-C,-D, СПИДом, сифилисом или туберкулезом?		
Имеются ли кожные заболевания: псориаз, обострение угревой сыпи, повышенная чувствительность, герпес, склонность к образованию келоидных рубцов?		
Обнаруживалось ли повышение/понижение артериального давления, обмороки, инсульты?		
Есть ли ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, врожденные и приобретенные патологии, инфаркты миокарда?		
Бывали ли заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек, глаукома?		
Страдаете ли заболеваниями нервной системы, эпилепсия?		
Наличие беременности или кормление грудью в настоящее время, гормонотерапия?		
Вводились ли препараты ботулотоксина типа А, препараты гиалуроновой кислоты в течении последних 6 месяцев?		
Принимаете ли в настоящее время какие-либо лекарства (в т.ч. антибиотики, гормональные, кроворазжижающие)?		
Имеется ли онкологическое заболевание в стадии обострения, острые воспалительные заболевания?		

Дата	Процедура

Индивидуальные особенности зоны прокола:

Карта клиента

*Фамилия*_____

*Имя*_____

*Отчество*_____

Контактный телефон:

_____

Дата рождения _____
число месяц

*Дата обращения*_____
20___ год число месяц

_____

_____