**KARTA INFORMACYJNA**

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pesel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego formularza. **Informacje będą objęte tajemnicą lekarską**

\* Czy aktualnie choruje lub chorowała Pani / Pan na następujące choroby:

Choroba wieńcowa ………………………………………… Tak / Nie

Choroba reumatyczna ………………………………………… Tak / Nie

Nadciśnienie ………………………………………… Tak / Nie

Padaczka ………………………………………… Tak / Nie

Nadczynność tarczycy ………………………………………… Tak / Nie

Alergia ………………………………………… Tak / Nie Cukrzyca ………………………………………… Tak / Nie Gruźlica ………………………………………… Tak / Nie

Nowotworowe ………………………………………… Tak / Nie

Z autoimunoagresji ………………………………………… Tak / Nie

Żółtaczka ………………………………………… Tak / Nie

Inne ………………………………………… Tak / Nie

\* Czy jest Pani / Pan nosicielem wirusa:

HBS ( żółtaczka ) ………………………………………… Tak / Nie

HIV ………………………………………… Tak / Nie

\* Czy przebyła Pani / przebył Pan zawał mięśnia sercowego ……………. Tak / Nie

\* Czy ma Pani / Pan wszczepiony rozrusznik serca ………………. Tak / Nie

\* Czy jest Pani / Pan po przeszczepie ………………. Tak / Nie

\* Czy występują skłonności do łatwych i obfitych krwawień ……………… Tak / Nie

\* Czy aktualnie przyjmuje Pani / Pan leki ..……………. Tak / Nie

Jeżeli tak to proszę podać jakie .…………………….....

\* Czy jest Pani w ciąży ………………………………………… Tak / Nie

Jeżeli tak to proszę podać który tydzień ciąży ……………….

\* Jak Pani / Pan dowiedział(a) się o nas …………………………………………………….

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zobowiązuje się informować o ewentualnych zmianach, jakie mogą zajść w stanie mojego zdrowia.

Szczecin, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis pacjenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Kosmetologa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | Data i podpis | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU**

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu : ………………………………………………………....

……………………………………………………………………………..………………………….

Informuję, że zostałam/ zostałem wyczerpująco poinformowana o :

* Przeciwwskazaniach,
* Technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
* Możliwych do osiągnięcia efektach,
* Powikłaniach,
* Sposobie postępowania po zabiegu,
* Czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
* Czasie po, którym może zostać przeprowadzony kolejny zabieg .

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/ udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na temat mojego stanu zdrowia, przebytych zbiegach i przyjmowanych lekach.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zobowiązuje się informować o ewentualnych zmianach, jakie mogą zajść w stanie mojego zdrowia.

Szczecin, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis pacjenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Kosmetologa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULARZ WYRAŻENIA ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU Z WYKORZYSTANIEM PEELINGU CHEMICZNEGO**

Wyrażam zgodę na poddanie się zabiegowi z wykorzystaniem peelingu chemicznego. Zostałam/em poinformowana/ny o szczegółach zabiegu i miałam/em sposobność zadawania pytań dotyczących zasad postępowania. Oświadczam, że niżej wymienione przeciwskazania nie dotyczą mnie:

PRZECIWSKAZANIA DO PEELINGU CHEMICZNEGO:

- przerwanie ciągłości naskórka,

- podrażnienia,

- trądzik różowaty,

- liczne teleangiektazje,

- ekspozycja na słońce,

- alergie skórne,

- opryszczka,

- ciężkie postacie trądziku,

- choroby autoimmunologiczne typu kolagenoza i pęcherzyca,

- leczenie dermatologiczne za pomocą pochodnych wit. A,

- liczne znamiona barwnikowe,

- stan po zabiegach chirurgicznych (2 m-ce),

- stosowanie kremów z retinolem,

- ciąża i laktacja

- bliznowacenie (blizny przerosłe, keloidy – szczególnie u osób wykazujących tendencję do

zbliznowaceń lub powstawania keloidów)

ZDAJĘ SOBIE SPRAWĘ, ŻE:

- zabieg może spowodować obrzęk twarzy, który może być przyczyną złego samopoczucia

(występuje w ciągu 24–72h po zabiegu i jest konsekwencją samej procedury; w niektórych

sytuacjach obrzęk może być poważniejszy i może się utrzymywać dłużej, nawet przez wiele

dni; w takich sytuacjach konieczne może być skontaktowanie z lekarzem dermatologiem

oraz zastosowanie ogólnoustrojowych steroidów)

- w wyniku zabiegu może wystąpić rumień skóry (najdłużej utrzymuje się do kilku dni)

- w wyniku zabiegu może wystąpić ból lub/i świąd (najczęściej ustępują po 8-12h)

- po zabiegu mogą pojawić się linie demarkacyjne (powstają na granicy skóry poddanej

peelingowi, doprowadzając do różnicy zabarwienia i struktury skóry,

- istnieje również niewielkie ryzyko nawrotu opryszczki (*Herpes simplex*)

- podczas złuszczania lub w późniejszym okresie, w przypadku nie przestrzegania zasad

pielęgnacji, wskazanych przez kosmetologa/lekarza dermatologa, może dojść do zakażenia

bakteryjnego skóry (impetigo) lub powstania zmian trądzikowych

- w wyniku zabiegu mogą pojawić się zaburzenia barwnikowe – szczególnie u osób

posiadających przebarwienia, które nie stosują ochrony przeciwsłonecznej, u osób z

tendencją do powstawania przebarwień lub u osób, które zdrapują złuszczający się

naskórek

- zabieg może spowodować nadmierną wrażliwość skóry na działanie słońca i wiatru

- istnieje również niewielkie ryzyko powstawania reakcji alergicznych na składniki stosowanie

po peelingu.

- proces złuszczania trwa dowolnie, od 1 do 2 tygodni, ale może być i dłuższy

Oświadczam, że zostałem/am poinformowana o zasadach postępowania po zabiegu.

- Bezwzględny zakaz eksponowania skóry na działanie promieni UV przez okres minimum 30

dni po zabiegu

- Nie stosować przez kilka dni po zabiegu preparatów zawierających alkohol, kwasy AHA i

BHA oraz inne czynniki drażniące, z wyjątkiem wskazanych przez kosmetologa/dermatologa

wykonującego zabieg

- Bezwzględny zakaz zdrapywania złuszczającego się naskórka

- Nie należy poddawać się zabiegom depilacji w obrębie skóry poddanej zabiegowi od kilku

do nawet 30 dni, w zależności od zastosowanego peelingu chemicznego, jego stężenia i

głębokości działania

**Zgoda**

---------------------- -----------------------------

podpis Klienta data, miejscowość



**ZABIEGI LASEROWE**

KWESTIONARIUSZ

Poniższy kwestionariusz dotyczący kwestii związanych z Państwa zdrowiem ma na celu uzyskanie informacji , które pozwolą na bezpieczne przeprowadzenie zabiegów Laserem ……………...Dokument jest poufny.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy opalała się Pani/Panna słońcu lub solarium ostatnie 3 tygodnie ? |  | |  | |
| Czy stosowała Pani/Pan samoopalacze ostatnie 3 tygodnie ? |  | |  | |
| Czy jest Pani w ciąży ? |  | |  | |
| Czy karmi Pani piersią ? |  | |  | |
| Czy poddawała się Pani /Pan zabiegom laserowym ostatnie 6 tygodni? |  | |  | |
| Czy cierpi Pani/Pan na choroby skóry tj; Atopowe zapalenie skóry ,Bielactwo ,Opryszczka ,Pokrzywka ,Nadwrażliwość na światło ,Łuszczyca ,Trądzik ,Naczyniaki ,Skłonność do przebarwień , inne choroby skóry ? |  | |  | |
| Czy choruje Pani/Pan na : Choroby nowotworowe ,Toczeń ,Cukrzyca ,Nadciśnienie tętnicze ,Alergie ,Zaburzenia krzepliwości krwi ,Padaczka ,Uczulenia na leki ,inne choroby ? |  | |  | |
| Czy przyjmuje Pani/Pan w ostatnim czasie leki : zawierające witaminę (A) w dużych dawkach , Betakaroten , Antybiotyki ,Hormony , inne ? |  |  | |

- Czy znane są Pani/Panu inne okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegów ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

………………….. ……………………………………………….. ……………………………………………..

Data Czytelny podpis (imię i nazwisko) klienta Podpis osoby wykonującej zabieg

**KARTA KLIENTA**

Oświadczenie zgody na zabieg z wykorzystaniem silnych impulsów światła.

Poniższy kwestionariusz dotyczący kwestii związanych z Państwa zdrowiem ma na celu uzyskanie

informacji , które pozwolą na bezpieczne przeprowadzenie zabiegów Laserem ……………...Dokument jest poufny

Poinformowano mnie o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu z użyciem fal świetlnych . Przeciwwskazanie stanowią następujące choroby : cukrzyca, padaczka, toczeń, łuszczyca, bielactwo, nowotwory a także ciąża i karmienie piersią.

Oświadczam, że wszelkie dane dotyczące mojego zdrowia, zażywania leków, poddawania się działaniu promieni UV ora wszelkie informacje podane w KARCIE KLIENTA są aktualne oraz zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadomy możliwych reakcji skóry po zabiegach laserem ……………… w tym zaczerwienienia, uczucie pieczenia, lekkich obrzęków- większość objawów znika po 2-3 dniach.

W trakcie zabiegu laserem………………. oczy muszą być chronione i wyrażam zgodę na użycie okularów ochronnych.

Rozumiem ,że ilość zabiegów potrzebnych do uzyskania oczekiwanych efektów jest zależna od wielu czynników typu skóry, rodzaj tuszu, ilość warstw tatuażu. Odstępy między zabiegami to ………………………..

Oświadczam, że w okresie 3-4 tygodni zarówno przed jak i o zabiegu będę bezwzględnie unikać promieni UV. Zostałem poinformowany o konieczności stosowania kremów z filtrem UV faktor 30 lub więcej na nieosłonięte części ciała poddane zabiegom.

Przeprowadzono konsultację z osobą upoważnioną do wykonywania zabiegów , w trakcie której zostały mi udzielone wyczerpujące informacje dotyczące wykonywanych zabiegów. W trakcie konsultacji miałam/ miałem możliwość zadawania pytań i na wszystkie otrzymałam/otrzymałem odpowiedzi.

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że decyduję się na zabieg z pełną odpowiedzialnością, że przeczytałem i zrozumiałem niniejsze zalecenia i potwierdzenia. Ponadto potwierdzam, że otrzymałem ustne wskazania dotyczące właściwej pielęgnacji skóry przed zabiegiem i po zabiegu. Zostałem poinformowany o możliwych czynnikach ryzyka.

………………………. …………………………………………………………. ……………………………………………………………

Data Czytelny podpis (imię i nazwisko) klienta Podpis osoby wykonującej zabieg

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data zabiegu | Filtr | Moc | Opis | Cena |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………. …………………………………………………………. ……………………………………………………………

Data Czytelny podpis (imię i nazwisko) klienta Podpis osoby wykonującej zabieg

Nr.telefonu……………………………..

e-mail……………………

**UNIWERSALNA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU ESTETYCZNEGO**

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(dokładna nazwa zabiegu)*

Zostałem wyczerpująco poinformowana(y) o:

 przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,

 technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,

 pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyje 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

 minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu,

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz

informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane na …..dni przed wykonaniem zabiegu. Kosmetolog udzielił mi

również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć na efekt zabiegu.

Kosmetolog poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z

niezastosowaniem się do wskazań kosmetologa po wykonaniu zabiegu w okresie:……………………………………………….. .

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(Em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które kosmetolog zadawał mi w trakcie

wywiadu odnośnie:

 mojego stanu zdrowia,

 istnienia/braku ciąży ,

 przyjmowanych leków,

 przebytych zabiegów,

Informacja przekazana przez kosmetologa była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała. Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowany przez lekarza przed

wykonaniem zabiegu nie uprawia mnie do roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie

może być rozbieżność miedzy rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez kosmetologa przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

*Oświadczam że, zapoznałam(em) powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonie zabiegu.*

*Czytelnie imię i nazwisko, numer telefonu*

……………………………………………………… ……………………………………………………

*Data i podpis kosmetologa Data i podpis pacjenta*

**Zabieg:**

Dane osobowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię: | Nazwisko: | Data urodzenia: |
| Kod: | Miejscowość: | Ulica, numer: |
| Email: | Telefon: | Wiek: |

ANKIETA MEDYCZNA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy | **Tak** | **Nie** |
| Czy jest Pani pod stałą opieką medyczną? |  |  |
| Jeśli tak, to proszę o podanie powodu: | | |
| Czy ostatnio przebywała Pani w szpitalu? |  |  |
| Czy jest Pani w ciąży? |  |  |
| Czy jest Pani uczulona na składniki kosmetyczne?  Jeśli tak, to jakie: | | |
| Czy zażywa Pani jakieś leki?  Jeśli tak to jakie: | | |
| Czy zażywa Pani retinoidy? 6 miesięcy po zakończeniu kuracji |  |  |
| Czy w ostatnich 3 miesiącach przebyła Pani zabiegi chirurgiczne, operacje plastyczne lub ostrzyknięcia w obrębie twarzy i ciała? |  |  |
| Czy planuje Pani w najbliższym czasie zabiegi chirurgiczne, dermatologiczne lub operacje plastyczne? |  |  |
|  | **Tak** | **Nie** |
| Czy cierpi Pani na zaburzenia krzepliwości krwi? |  |  |
| Czy choruje Pani na którąś z wymienionych chorób? | | |
| Nowotwory do 5 lat po zakończeniu kuracji? |  |  |
| AIDS/HIV |  |  |
| Opryszczka (aktywna) |  |  |
| Żółtaczka |  |  |
| Alergie. Wypisać: |  |  |
| Cukrzyca | | |
| Skłonność do bliznowców, znamion, naczyniaków |  |  |
| Trądzik różowaty, ropowiczy, krostkowy |  |  |
| Zakażenia wirusowe: brodawki, mięczak zakaźny |  |  |
| Zakażenia bakteryjne: liszajec zakaźny, figówka gronkowca |  |  |
| Zakażenia grzybicze |  |  |
| Znamiona |  |  |
| Teleangiektazję, wenektazje |  |  |
| Naczyniaki jamiste |  |  |
| Przeczosy, nadżerki |  |  |
| Przerwana ciągłość naskórka |  |  |
| Gorączka, stany zapalne organizmu |  |  |
| Inne choroby o nieznanej etiologii  Wypisać: |  |  |

Oświadczam, że wszystkie odpowiedzi są zgodne z prawdą!

KARTA KLIENTA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | ZABIEG | POTWERDZAM ZGODNOŚĆ PRZEZE MNIE ANKIETY MEDYCZNEJ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Uwagi:

**Jestem świadoma wyboru, oświadczam, że zostałam poinformowana o wszelkich wskazaniach i przeciwwskazaniach oraz o pielęgnacji po zabiegu. Wyrażam zgodę na zabieg!**

*Imię i nazwisko, podpis, data*

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w Karcie Klienta

Data i podpis Kosmetologa

**LASER I IPL**

W trosce o zapewnienie wysokiej jakości i bezpieczeństwa zabiegu, prosimy o zapoznanie się z treścią niniejszego oświadczenia i odpowiedź na poniższe pytania.

Imię……………………………………………………………………………..

Nazwisko………………………………………………………………………..

Adres……………………………………………………………………………

Nr Tel…………………………………………………………………………..

Email…………………………………………………………………………..

Data…………………………………………………………………………….

**Pytania dotyczące skóry w miejscu planowanego zabiegu:**

1. Czy jest świeżo opalona?

2. Czy był stosowany samoopalacz w ciągu ostatnich 3 tygodni?

3. Czy były wykonywane specjalistyczne zabiegi w ciągu ostatnich 3 tygodni?

**Pytania dotyczące stosowanych leków i innych środków:**

1. Czy stosowała Pani/Pan w ciągu ostatnich 4 tygodni retinol w jakiejkolwiek postaci?

2. Czy przyjmuje lub w ciągu ostatnich tygodni przyjmowała Pani/Pan leki lub inne specyfiki światło uczulające?

3. Czy stosowała Pani/Pan w przeciągu ostatnich 2 tygodni następujące zioła: dziurawiec, nagietek?

**Pytania dotyczące zdrowia:**

1. Czy cierpi Pani/Pan na schorzenia związane z wrażliwością na światło?

2. Czy ma Pani/Pan zaburzony stan zdrowia skóry w wyniku chorób lub innych powodów?

3. Czy Pani/Pana skóra ma skłonność do przebarwień?

4. Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca, pompę insulinową lub implanty?

5. Czy w ostatnim czasie przechodziła Pani/Pan chemioterapię lub radioterapię?

6. Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?

7. Czy są Pani/Panu znane inne okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu

zabiegu?..................................................................................................................... ............................... Następujące choroby: cukrzyca, padaczka, pokrzywka świetlna, toczeń, łuszczyca, nadciśnienie, bielactwo stanowią przeciwwskazanie do wykonywania zabiegów światłem laserowym chyba że lekarz stwierdzi inaczej.

Ilość zabiegów, która jest potrzebna do uzyskania oczekiwanych efektów zależy od typu skóry, koloru włosów w miejscu zabiegu oraz indywidualnych predyspozycji poszczególnych osób, dlatego nie można z całą pewnością określić liczby zabiegów

koniecznych do wykonania.

Rozumiem przebieg wzrostu włosa w różnych cyklach i wiem, że mieszek włosowy możliwy jest do zniszczenia wyłącznie w fazie anagen.

Rozumiem, że usuwanie owłosienia metodą IPL wymaga co najmniej 8 zabiegów.

Rozumiem, że włosy bardzo jasne lub takie, których mieszki leżą bardzo głęboko, poddają się epilacji z dużą trudnością lub nie są możliwe do usunięcia.

Rozumiem, że powodzenie zabiegu IPL zależy od typu skóry, koloru włosów i partii ciała i dlatego nie jest możliwe zagwarantowanie, że usunięcie włosów będzie całkowite i długotrwałe.

Rozumiem, że usunięcie przebarwień lub zamknięcie naczyń uwarunkowane jest stanem skóry, wielkością zmian oraz ich ilością. Po pierwszych zabiegach efekty mogą być znikome, dlatego potrzebna jest seria zabiegów.

Rozumiem, że minimum 4 tygodnie przez zabiegiem i 2 tygodnie po zabiegu nie mogę korzystać z kąpieli słonecznych ani wizyt w solarium.

Jestem świadomy możliwych reakcji skóry na IPL: zaczerwienienia, uczucia pieczenia, lekkich obrzęków (lokalnych obrzęków), pęcherzy oraz hiper- i hipopigmentacji, powstałych po naświetlaniu skóry opalonej, odbarwienia te utrzymują się kilkanaście tygodni.

Rozumiem, że przeciwwskazaniami do zabiegu światłem IPL są: ciąża, padaczka, stymulator pracy serca, nadciśnienie, cukrzyca, łuszczyca, bielactwo, stosowanie produktów aktywnych na światło, stosowanie leków uwrażliwiających na światło.

Zapewniam, że wszelkie dane dotyczące mojego zdrowia, zażywania leków, produktów fotoaktywnych, ciąży, padaczki, stymulatora pracy serca, cukrzycy, ostatniego korzystania z promieni UV są zgodne z prawdą. Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że decyduje się na zabieg z pełną odpowiedzialnością, że przeczytałem i zrozumiałem niniejsze potwierdzenia. Ponadto potwierdzam, że otrzymałem ustne wskazania do właściwej pielęgnacji skóry przed zabiegiem i po zabiegu. Zostałem poinformowany o wszystkich możliwych czynnikach ryzyka.