

IMIĘ I NAZWISKO:

NUMER TELEFONU:

ADRES EMAIL:

DATA:

PRZECIWWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU KASSAJI

Jest to zabieg całkowicie nieinwazyjny. W związku z tym wszystkie wymieniane w jego wypadku przeciwwskazania można określić jako względne, co oznacza, że po określonym czasie mijają i można skorzystać z masażu.

Proszę o zakreślenie w tabeli znaku **X** we właściwej kolumnie, tych występujących u Pani/Pana.

Do takich przeciwwskazań w głównej mierze zaliczamy:

PRZECIWWSKAZANIE	TAK	NIE	UWAGI
Stany chorobowe (z gorączką lub bez)			
Stany zapalne skóry			
Rany i uszkodzenia na skórze			
Stan po wyrwaniu zęba i zmiany około zębowe, ropne stany zapalne dziąseł			
Wysokie nadciśnienie tętnicze (ponad normą, nie leczone)			
Guzki w przebiegu węzłów chłonnych			
Zapalenie żył			
Świeże zabiegi medycyny estetycznej (np. botox, mezoterapia, zabiegi głęboko złuszczone) w ostatnich 3 trzech miesiącach			
Wypełniacze (wszystkie rodzaje) i nici PDO - w ostatnich 6 miesiącach			
Przebyte choroby nowotworowe			

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU KASSAJI

Zostałam/em poinformowany o:

1. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.
2. Rodzaju, technice, sposobie przeprowadzenia zabiegu i preparatach, które zostaną użyte do jego wykonania.
3. O sposobach postępowania po wykonaniu zabiegu, optymalnej częstotliwości zabiegów, możliwych powikłaniach po zabiegu, możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku.
4. Jestem w pełni świadoma/y, że nie da się przewidzieć lub zagwarantować oczekiwanych wyników zabiegu.

Oświadczam że, zapoznałam/zapoznałem się z powyższym i wyrażam świadomą, zgodę na wykonanie zabiegu. Nie występują u mnie żadne czynniki lub okoliczności określone w niniejszej Ankiecie, stanowiące 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.

.....
(data i podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Paweł Figarski masażu Promienna Twarz, moich danych dotyczących zdrowia do oceny możliwości wykonania zabiegu i jego realizacji zgodnie z jego Polityką prywatności.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Zgodę możesz w dowolnej chwili wycofać informując mnie o tym drogą mailową.

.....
data i podpis