

## ANKIETA PRZEDZABIEGOWA DO ZABIEGU KOBIDO

IMIĘ I NAZWISKO: .....

NUMER TELEFONU: .....

ADRES EMAIL: .....

DATA: .....

### PRZECIWWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU KOBIDO

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, niezagojone rany lub otarcia skóry			
Stan po wyrwaniu zęba (niezagojony), zmiany około zębowe, stan zapalny lub ropny w okolicach dziąseł			
Wysokie nadciśnienie tętnicze (ponad normą, nie leczone)			
Zabiegi laserowe lub mezoterapii (w ostatnich 4 tygodniach)			
Zabiegi z użyciem preparatów paraliżujących mięśnie mimiczne np. botox (w ostatnich 4 tygodniach)			
Wypełniacze (wszystkie rodzaje) i nici liftingujące PDO (w ostatnich 6 miesiącach)			
Choroby nowotworowe w trakcie leczenia			

## ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU KOBIDO

Oświadczam że 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 masaż 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