

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)			
Stan zapalny skóry (alergiczne i zakaźne)			
Opryszczka w fazie aktywnej			
Przerwana i niezagojona ciągłość skóry w obszarze masowanym			
Wysokie ciśnienie (ponad normą, nieleczone)			
Trądzik różowaty w fazie aktywnej			
Trądzik/egzemy/liszaje/itp w formie zaognionej			
Makijaż permanentny/tatuaże w obszarze masowanym (w czasie gojenia)			
Mezoterapia (wszystkie rodzaje) - w ostatnich 3 miesiącach			
Zabiegi głęboko złuszczone - w ostatnich 3 miesiącach			
Botox - w ostatnich 3 miesiącach			
Wypełniacze (wszystkie rodzaje) - w ostatnich 6 miesiącach			

Ciąża w okresie I trymestru i ostatniego miesiąca			
Ciąża zagrożona			
Połów			
Przebyte choroby nowotworowe			
Choroby przewlekłe			

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU KOBIDO

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 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