



# Удаление перманентного макияжа ремувером Tinel

Информированное согласие № \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Я,

---

- \* Даю согласие на проведение процедуры удаления перманентного макияжа ремувером;
- \* Памятку по уходу получил(-а);
- \* Суть процедуры мне объяснена и понятна;
- \* Даю согласие на фотографирование зоны удаления до и после для наблюдения динамики удаления;
- \* Мастер дал полную консультацию по правилам ухода за зоной удаления, я понимаю, что несоблюдение этих правил может привести к осложнениям (увеличение длительности заживления, инфицирование, шрамы)
- \* Средство по уходу за зоной удаления получил(-а).

## Я осведомлён (-а):

- возможные болевые ощущения во время процедуры ;
- осложнения после проведения процедуры в виде временной отечности, образования корочки и очень редко: гематомы, аллергических реакций;
- осведомлён, что существует перманентный макияж, который удаляется не полностью, но согласен на первую пробную процедуру, за плату, указанную в прейскуранте;
- о возможных высыпаниях герпеса при работе в зоне губ;
- о сроках выполнения следующей процедуры удаления;
- о возможном «проявлении» цвета после процедуры удаления, то есть стал ярче.

## Информация о наличии заболеваний заполняется клиентом:

Поставьте ✓ или X

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> сахарный диабет (отдельные формы);      | <input type="checkbox"/> период алкогольного состояния;          |
| <input type="checkbox"/> предрасположенность к келоидным рубцам; | <input type="checkbox"/> период беременности и кормления грудью; |
| <input type="checkbox"/> болезни связанные с онкологией;         | <input type="checkbox"/> кожные высыпания;                       |
| <input type="checkbox"/> гнойная сыпь;                           | <input type="checkbox"/> герпес;                                 |
| <input type="checkbox"/> почечная недостаточность;               | <input type="checkbox"/> конъюнктивит ( при работе на веках);    |
| <input type="checkbox"/> гемофилия;                              | <input type="checkbox"/> ОРВИ;                                   |
| <input type="checkbox"/> эпилепсия;                              | <input type="checkbox"/> недомогания;                            |
| <input type="checkbox"/> психические расстройства;               | <input type="checkbox"/> период лечения антибиотиками;           |
| <input type="checkbox"/> ОРВИ;                                   | <input type="checkbox"/> менструация;                            |
| <input type="checkbox"/> ВИЧ, СПИД;                              | <input type="checkbox"/> повышенное давление.                    |
| <input type="checkbox"/> слабая иммунная система;                |  |

## Подписи

Косметолог \_\_\_\_\_

Клиент \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_