

## FORMULÁR SÚHLASU S OŠETRENÍM KLIENTA

OSOBNÉ ÚDAJE						
Meno klienta:			Dátum:			
Profesia:			E-mail:			
Adresa:						
Telefónne číslo:						
Veková skupina	Pod 20 <input type="checkbox"/>	20-30 <input type="checkbox"/>	30-40 <input type="checkbox"/>	40-50 <input type="checkbox"/>	50-60 <input type="checkbox"/>	60+ <input type="checkbox"/>

KONTRAINDIKÁCIE	
Rakovina (ak má klient rakovinu v anamnéze, poraďte sa s lekárom)	Spálenie od slnka v oblasti ošetrovania
Roactutane /lieky na akné/ (6 mesiacov po liečbe)	Operácia (najmenej 6 mesiacov po operácii)
Aktívne opary	Retin A (3 mesiace po liečbe)
Ak dostávate akúkoľvek liečbu rakoviny alebo ste v remisii, získajte pred liečbou podpísaný list od lekára	

POSTUPUJTE OPATRNE	
Botox a výplne (2 týždne pred / 2 týždne po)	Chemický peeling (2 týždne pred / 2 týždne po)
Mikrodermabrázia (2 týždne pred / 2 týždne po)	Depilácia voskom (1 týždeň pred / 1 týždeň po)
Produkty s retinolom (odporúčame ich prestať používať 3 dni pred a 3 dni po Algae peelingu)	

PODROBNOSTI O ŽIVOTNOM ŠTÝLE	
Aké sú vaše hlavné starosti s pokožkou?	
Čo momentálne používate vo svojej rutine starostlivosti o pleť?	
Čo podľa vás vo vašej rutine chýba?	
Nosíte denne SPF?	

## FORMULÁR SÚHLASU LIEČBY Uverejnenie fotografie/videa

V rámci vášho ošetrovania vám nafotíme ošetrovanú oblasť tela/tváre (a v niektorých prípadoch aj nafilmujeme priebeh ošetrovania). To nám umožní vizuálne sledovať váš individuálny pokrok a vidieť výsledky vašej liečby v priebehu všetkých ošetrovaní. Ocenili by sme vašu ochotu podeliť sa o svoje výsledky a výsledky s ostatnými na školiace a marketingové účely v rámci kozmetického a estetického priemyslu. Vo všetkých prípadoch urobíme všetko pre to, aby bola vaša identita anonymná.

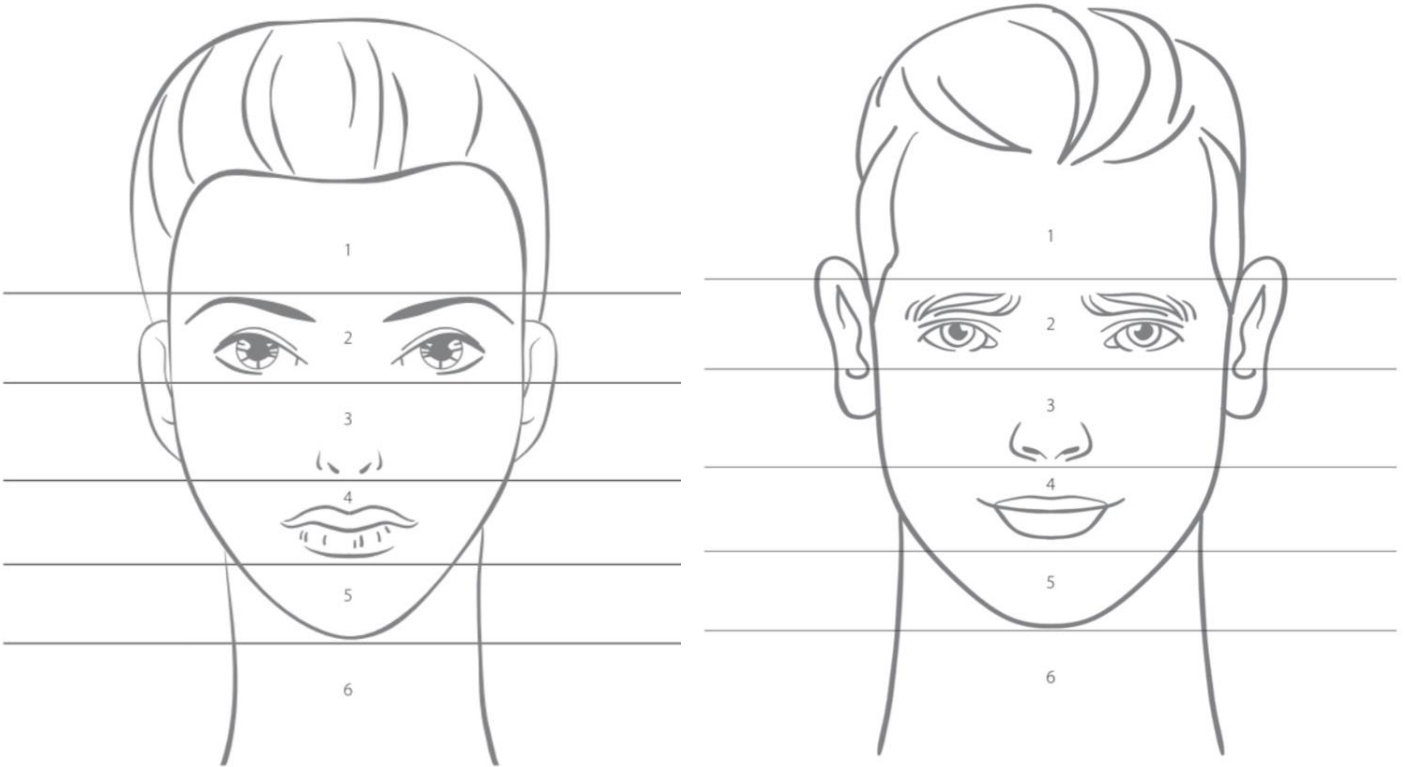
S týmto formulárom I dávam (uvedte meno)..... môj úplný súhlas pre všetky fotografie/zábery zachytené pred, počas a po mojej liečbe (uvedte názov kliniky/ordinácie).....  
 Fotky/videa ostanú majetkom kliniky a dodávateľa estetického vybavenia (uvedte názov distribútora)  
 .....

S týmto formulárom dávam súhlas na použitie obrázkov/záberov (ak budú vybrané) v nasledujúcich a podobných materiáloch (zaškrtnite jednu alebo obe preferencie):

- Marketing a reklama pre kliniku alebo .....(MENO DISTRIBÚTORA), ktoré sa majú použiť na webových stránkach spoločnosti.
- Materiály pre čakárne alebo iné podobné priemyselné mediálne kanály. Príkladmi sú brožúry o produktoch/liečbe, reklamné materiály kliniky a informácie sprístupnené ostatným klientom, ktorí majú o liečbu záujem.
- Len na školiace účely, vzdelávací materiál pre kliniky, .....(MENO DISTRIBÚTORA) a na interné použitie. Ako napríklad používateľské príručky k produktom, vzdelávacie tabuľky a priemyselná komunikácia.

.....  
 Dátum

.....  
 Podpísaný/á



SEDENIE	DÁTUM	OŠETRENIE/POUŽITIE PRODUKTOV

Potvrdzujem, že mám viac ako 16 rokov a beriem na vedomie, že potenciálne budem pociťovať pálivý, citlivý pocit až do 12 hodín po Algae peelingu a že je to úplne normálne. Tiež mi bolo odporúčené, aby som použil Decaar upokojujúcu masku – Calming mask do 24 hodín, ak pocity pretrvávajú.

.....

Podpis terapeuta

.....

Podpis klienta

