MAKIJAŻ PERMANENTNY   
OŚWIADCZENIE - WYRAŻENIE ZGODY

Imię i nazwisko osoby   
składającej oświadczenie..............................................................................................................  
Adres zamieszkania ......................................................................................................................  
Telefon kontaktowy .....................................................................................................................

W moim przypadku zabieg będzie wykonany na: brwiach (  ), powiekach (  ), ustach (  ), inne (  ).

O rodzaju, celu i pochodzeniu wspomnianego zabiegu w zakresie istotnych jego zalet, wad i ryzyka zostałam poinformowana. Omówiono ze mną szczególnie indywidualne problemy w odniesieniu do w/w metody.  
Wiem, że w trakcie zabiegu nastąpi pigmentacja mikro precyzyjną igłą na poziomie naskórka.  
Nie żądam dalszych wyjaśnień, potrzebnych informacji dostarczono mi podczas rozmowy wstępnej.  Moje pytania uzyskały w pełni zrozumiale dla mnie odpowiedzi. Zostałam również pouczona o sposobie zachowania się i pielęgnacji skóry przed i po wykonaniu zabiegu.

- Makijaż długotrwały utrzymuje się przy prawidłowej pielęgnacji przez okres 1 roku do kilku lat.  
Wraz z upływem czasu makijaż zaczyna  się rozjaśniać i blednąć, w zależności od rodzaju i typu skóry odbywa się to u każdej klientki indywidualnie więc podanie dokładnego czasu trwania makijażu nie jest możliwe.

- W pierwszych dniach po zabiegu rezultat zabarwienia będzie się wydawał znacznie ciemniejszy.  
Pigment rozwija się w skórze przez to nie ma żadnej gwarancji na określenie jego rzeczywistego i ostatecznego koloru.

-  Zależnie od typu skóry konieczne będą czynności uzupełniające (dopigmentowania). Pierwsza korekta powinna być przeprowadzona po upływie minimum 28 dni, nie później niż po upływie 3 miesięcy

24 godziny przed zabiegiem:  
- nie pić mocnej kawy, mocnej herbaty, napojów z kofeiną, teiną   
- nie spożywać alkoholu, narkotyków, środków pobudzających  
- nie zażywać aspiryny

1 tydzień przed zabiegiem:  
- nie opalać się zbyt mocno szczególnie w solarium  
- nie poddawać się zabiegom z peelingami oraz ultradźwiękami  
- w przypadku zabiegu na ustach zaczynamy aplikowanie preparatu aseptycznego

Celem zagwarantowania skutecznego przebiegu leczenia należy przez pierwsze 10 dni po zabiegu unikać:

- nadmiernego napromieniowania UV, długotrwałego kontaktu z wodą  
- pobytu w saunie, solarium, pływania, zimnego powietrza (jazda na nartach)  
- samowolnego usuwania skórki pigmentacyjnej  
- nosicielki wirusa opryszczki (Herpes) mogą się liczyć z wystąpieniem jego objawów po zabiegu  
- nie spożywać ostro przyprawionych potraw, owoców morza  
- nie stosować preparatów do pielęgnacji innych niż ustalone z kosmetyczką, szczególnie  zawierających antybiotyki lub składniki zbyt silnie przyspieszające proces gojenia !!! niwelują one efekt zabiegu

Po zabiegu może wystąpić: opryszczka, zaczerwienienie, podrażnienie, swędzenie, miejscowe czasowe opuchnięcie, uczucie napięcia skóry.  
Osoby z tendencją do keloidów lub ze skórą trudno gojącą się powinny poinformować o tym kosmetyczkę przed zabiegiem.

Zapewniam, że nie cierpię :  
- na chorobę krwi (Hemofilię)  
- zaawansowaną cukrzycę  
- nie jestem w trakcie leczenia choroby nowotworowej  
- nie jestem zarażona wirusem HIV lub wirusem zapalenia wątroby (Hepatitis)  
- nie mam problemów z bardzo wysokim ciśnieniem  
- nie przyjmuję sterydów ani silnych leków  
- w trakcie zabiegu nie mam podwyższonej temperatury  
- w ostatnich miesiącach nie przebywałam w szpitalu  
- nie poddawałam się zabiegowi ostrzykiwania ust  (minimum 1 mies. przed zabiegiem )  
- nie mam problemów z częstym zapaleniem spojówek oraz choroby oczu  
- nie mam kłopotów z częstym występowaniem wirusa opryszczki  
- nie jestem w ciąży

\* W momencie zabiegu jestem zdrowa i nie spożyłam alkoholu, narkotyków ani lekarstw  
\* Zapewniam, że będę przestrzegała wszystkich wskazówek, które dotyczą procedury zabiegu  
\* Będę stosowała zalecane mi preparaty specjalne, służące do optymalnego procesu leczenia  
\* Zgadzam się z kształtem, formą i kolorem pigmentu, który wspólnie ustaliłyśmy

Po dokładnym przemyśleniu wyrażam zgodę na zabieg i poddaję się wszystkim okolicznościom i warunkom związanym z w/w zabiegiem makijażu długotrwałego na własną odpowiedzialność.

Uwagi dodatkowe:  
Zabieg na skórze wcześniej pigmentowanej .................................................................................  
Zabieg / korekta makijażu zepsutego ...........................................................................................

Miejscowość i data .......................................................................................................................

Osoba przeprowadzająca zabieg                                                Podpis