

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY MODELKI / MODELA

na wykonanie zabiegu makijażu permanentnego

Imię i nazwisko Rok urodzenia

Kod pocztowy Miasto

Numer telefonu Ulica/nr

Numer PESEL Adres e-mail

Wyrażam zgodę na udział w charakterze modelki / modela i wykonanie na mnie oznaczonego zabiegu w ramach programu szkoleniowego, prowadzonego przez firmę Broadway Beauty z siedzibą w Katowicach przy ul. Mikołowskiej 150. Mam świadomość, iż przedmiotowy zabieg wykonany zostanie zgodnie z zasadami sztuki kosmetycznej, pod nadzorem i według wskazań prowadzącego szkolenie kosmetyka, posiadającego odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje zawodowe do wykonywania tego rodzaju zabiegów, jednakże samo wykonanie zabiegu dokonane zostanie przez słuchacza – uczestnika szkolenia, jako element części praktycznej, mającej na celu nabycie przez niego umiejętności samodzielnego wykonywania tego rodzaju zabiegów. Przyjmuję do wiadomości, że zabieg wykonywany przez osobę uczącą się – słuchacza - może mieć niedoskonałości oraz może trwać dłużej niż zabieg wykonywany przez profesjonalistę. Zabieg zostanie wykonany przez słuchacza wyłącznie na moją odpowiedzialność. Akceptuję, iż efekt końcowy zabiegu, w tym ewentualne niedające się przewidzieć skutki uboczne, uzależnione są od indywidualnych cech danego organizmu. W związku z tym nie będę rościć żadnych pretensji za efekt końcowy wobec osoby wykonującej zabieg, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia. Mając to na uwadze zabieg wykonany zostanie po cenie niższej niż rynkowa wartość takiej usługi. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że decyzja o dopuszczeniu mnie do wykonania zabiegu należy do kosmetyka prowadzącego szkolenie, jak również decyzja o przerwaniu / zakończeniu zabiegu na każdym jego etapie, w szczególności w przypadku wystąpienia albo ryzyka wystąpienia niekorzystnych objawów, mogących mieć wpływ na mój stan zdrowia. W przypadku wystąpienia niepożądanych objawów w trakcie lub po zabiegu obowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym organizatora szkolenia, wykonującego lub nadzorującego zabieg.

.....
DATA ORAZ PODPIS MODELKI/MODELA

ZGODA NA PRZETWARZANIE SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH

W związku z wyrażeniem zgody na wykonanie zabiegu, w celu minimalizacji zagrożeń związanych z jego wykonaniem, wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w niniejszej zgodzie, a obejmujących informacje o wystąpieniu czynników stanowiących przeciwwskazania do zabiegu, informacje zawarte w wypełnionym przez mnie formularzu stanu zdrowia czy informacje o innych schorzeniach. W przypadku podania nieprawdziwych informacji albo zatajenia prawdy, biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki zabiegu i rzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej zabieg, nadzorującej jego wykonywanie, a także wobec organizatora szkolenia.

LISTA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WPŁYNAĆ NEGATYWNIE NA ZDROWIE OSOBY Poddanej zabiegowi MAKIAŻU PERMANENTNEGO LUB EFEKTY ZABIEGU (PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU):

- Cięża, karmienie piersią (znieczulenie, barwniki, stres, leki przeciwwirusowe, infekcje)
- Infekcje
- Niestabilizowana cukrzyca (problem z krzepiwością krwi, zaburzenie percepcji odczuwania, skłonności do infekcji)
- Nowotwór (przy odpowiednim poziomie leukocytów). U chorych na nowotwory, w wyniku chemioterapii jest większa podatność na infekcje, gorsze gojenie ran i możliwość słabszego przyjęcia się barwnika w skórze
- Leki i używki rozrzedzające krew
- Leki sterydowe (6-12 miesięcy po odstawieniu leków) Naskórek po sterydach jest cienki, a naczynia krwionośne rozszerzone
- Odżywki do rzęs/ brwi (1-2 miesięcy po odstawieniu). Odżywki są zazwyczaj na sterydzie. Naczynia krwionośne są rozszerzone
- Przedłużone rzęsy. Możliwość m.in. uszkodzenia naturalnych przy przemywaniu oczu
- Szczepienie COVID 19 (do 4 tygodniu po szczepieniu)

- Powiększone usta w czasie do 4 tygodni wstecz
- Podrażnienie, opuchlizna, zaburzenie naturalnego kształtu
- Botoks. 4 tygodnie po ostrzykiwaniu. Zaburzenie mięśni mimicznych twarzy
- Łuszczyca. Znaczne prawdopodobieństwo nieprzyjęcia pigmentu. Możliwość wywołania dodatkowych ognisk zapalnych
- Zabiegi z zakresu medycyny/chirurgii estetycznej (plastyka powiek, lifting), blizny - możliwość wykonania zabiegu po pracy po upływie 6 miesięcy
- Opryszczka. Tendencja do opryszczki przy pigmentacji ust jest wskazaniem do zażywania heviranu (200mg) na 3 dni przed i 3 dni po zabiegu
- Choroby tarczycy. Przy chorobach tarczycy lub jej braku zwiększone prawdopodobieństwo szybszego wyluszczenia pigmentu
- Problemy z krzepiwością krwi (hemofilia). Zwiększone prawdopodobieństwo rozlania pigmentu. Utrudniony proces gojenia
- Epilepsja. Możliwość wywołania napadu padaczki poprzez stres
- Stany zapalne skóry poddawanej pigmentacji. Możliwość rozprzestrzenienia zmian skórnych
- Kuracja retinoidami - możliwość wykonania zabiegu po upływie ok. 6 miesięcy
- Intensywna opalenizna. Zaburzenie prawidłowej oceny tonacji naskórka
- Przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ)
- Przyjmowanie antybiotyków, sterydów i leków antydepresyjnych
- Spożycie alkoholu (48 godz. przed zabiegiem)

Oświadczam, że nie występują u mnie żadne z wyżej wymienionych czynników lub okoliczności, stanowiących 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.

Oświadczam, że zostałam/em wyczerpująco poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, technice i sposobie wykonania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania zabiegu, możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu w moim przypadku, o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu, sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu, czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu, czasie po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg, minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Jestem świadoma/y, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam/em poinformowana/y przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma/y, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został określony przed przystąpieniem do zabiegu, a moimi oczekiwaniami.

Zobowiązuję się do natychmiastowego i osobistego skontaktowania się z lekarzem/specjalistą w przypadku wystąpienia u mnie zdarzenia niepożądanego po moim powrocie do domu. Zobowiązuję się do poinformowania lekarza/specjalistę o wystąpieniu któregośkolwiek z działań niepożądanych, w przypadku jego utrzymywania się przez okres dłuższy niż jeden tydzień i/lub o wystąpieniu jakiegokolwiek innego zdarzenia niepożądanego.

Została przekazana mi szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać zastosowane przed wykonaniem zabiegu.. Poinformowano mnie o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta i zależą od indywidualnych cech anatomicznych pacjenta oraz stanu skóry przed zabiegiem. Z tego powodu jestem świadoma/y, że w wyniku wykonania zabiegu mogą występować inne powikłania, których nie da się przewidzieć oraz nie będę z tego powodu wносить roszczeń odszkodowawczych.

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam/em wszelkich dodatkowych i wyczerpujących informacji na temat mojego stanu zdrowia, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, alergii, szkoleniowcowi prowadzącemu szkolenie z zakresu zabiegu kosmetycznego, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegu lub ewentualne następstwa zdrowotne po jego wykonaniu, a także oświadczam, że nie jestem pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, jak również nie przyjmowałam/tem ich w okresie co najmniej 48 godzin przed rozpoczęciem zabiegu.

Organizator szkolenia, osoba wykonująca zabieg oraz osoba go nadzorująca nie odpowiada za weryfikację prawdziwości uzyskanych wiadomości. Przyjmuję do wiadomości, iż w wyniku wykonania zabiegu mogą wystąpić inne niepożądane efekty niż wskazane w niniejszej zgodzie, a organizator, szkoleniowiec ani słuchacz nie podnoszą za nie odpowiedzialności. Obowiązuję się do przestrzegania zaleceń przed i po zabiegu.

DATA ORAZ PODPIS MODELKI/MODELA

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią obowiązku informacyjnego przedłożonego mi przez Administratora moich danych osobowych - firmę Broadway Beauty - w zakresie przetwarzania danych osobowych zgodnie z treścią Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w tym z treścią przysługujących mi praw w zakresie przetwarzania danych osobowych zarówno w zakresie zawartej umowy jak i dobrowolnie wyrażonych zgód dobrowolnie wyrażonych zgód.

DATA ORAZ PODPIS MODELKI/MODELA

FORMULARZ DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA

Wykaz wszystkich leków przyjmowanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy:

Czy w ciągu ostatnich 2 dni przyjmował/a Pan/i: aspirynę, ibuprofen, spożywał/a alkohol? TAK NIE
Czy w ciągu ostatniego roku był/a Pan/i poddawany/a chemioterapii lub radioterapii? TAK NIE

Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/i reakcja alergiczna na którekolwiek z niżej wymienionych:

Maści z antybiotykami	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Lateks	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Orzechy	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Leki	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Metale	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Farby do włosów	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Narkotyki	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Żywność	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Lidokaina	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Farby	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Kredki	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY
Gliceryna	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	..... SZCZEGÓŁY

Inne alergię (wymienić):

Czy korzystał/a Pan/i ze znieczulenia stomatologicznego? TAK NIE
Rezonans magnetyczny planowany w ciągu najbliższych 3 miesięcy TAK NIE
Zabieg laserowy lub IPL planowany w ciągu najbliższych 3 miesięcy TAK NIE
Czy jest Pan/i krwiodawcą? TAK NIE
Czy przed zabiegiem stosował/a Pan/i antybiotyki? TAK NIE

Proszę wypełnić poniższą listę, zaznaczając sytuacje dotyczące Pani/Pana:

Zaburzenia pracy serca	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Padaczka	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Palpitacje	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Omdlenia lub zawroty głowy	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Wypadanie płątka zastawki mitralnej	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Zaburzenia funkcji tarczycy	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Szmer sercowy	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Choroba wątroby	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Gorączka reumatyczna	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Choroba nerek, jaskra	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Rozrusznik serca	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Wrzody żołądka	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Sztuczne zastawki	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Guzy, narośle lub cysty	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Anemia	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Gruźlica	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Długotrwałe krwawienie	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Udar	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Wysokie ciśnienie tętnicze	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	HIV	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Niskie ciśnienie tętnicze	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Proteza biodrowa lub stawowa	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Problemy z krążeniem	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Toczeń rumieniowaty układowy	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE

Zapalenie wątroby	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Inne tatuaże	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Półpasiec	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Skłonność do sińców lub krwawienia	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Liszajec zakaźny	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Wypełniacze skórne, np. Restylane (k. hialuronowy)	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Astma	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Zastrzyki tłuszczowe	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Zaćma, zaburzenia widzenia	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Implanty z Gore-Texu/zastrzyki z silikonu	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Czy cierpi Pan/Pani na infekcje oka	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Stosowanie Retin A w ciągu 6 miesięcy	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Zespół suchego oka	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Preparaty AHA stosowane w ostatnich 2 tygodni	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Opryszczka oka	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Peeling chemiczny/laserowy w ciągu ostatnich 6 msc.	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Łzawienie	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Data ostatniego farbowania rzęs/brwi	
Szklka kontaktowe	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Czy występują problemy z gojeniem się ran?	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Operacja powiek	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Czy powstają blizny wypukłe?	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Zaburzenia widzenia w ciągu ostatnich 6 msc.	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Czy kolor gojących się blizn jest ciemniejszy niż reszta skóry?	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Spierchnięte usta	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Bliznowce	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Trichotillomania	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Wrażliwość na kosmetyki	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Łysienie	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Korzystanie z solarium	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Wypadanie włosów w ostatnim czasie	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Czy opala się Pan/Pani regularnie?	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Schorzenia autoimmunologiczne	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE	Czy występowały powikłania po szczepieniu COVID 19? Jeśli tak to jakie?	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE
Czy była wykonywana szczepionka COVID 19? Jeśli tak to kiedy? (podaj datę).....	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE		
Czy po powikłaniach występowało leczenie farmakologiczne? Jeśli tak to jakie?	TAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NIE		

Inne schorzenia (wymienić):

DATA ORAZ PODPIS MODELKI/MODELA

SZCZEGÓLWE INFORMACJE NA TEMAT ZABIEGU MAKIJAŻU PERMENENTNEGO

Makijaż permanentny jest innowacyjną formą mikropigmentacji.

Określenie koloru, kształtu i miejsca wykonania makijażu następuje w trakcie konsultacji bezpośrednio poprzedzających wykonanie zabiegu, jednakże musi ono być zgodne z zaplanowanym programem i celem szkolenia, w ramach którego wykonywany jest zabieg. Test wrażliwości na pigment nie gwarantuje, że nie wystąpi reakcja alergiczna.

W trakcie zabiegu i po jego zakończeniu może wystąpić reakcja wrażliwości na środki znieczulające. Pigmenty stosowane w trakcie zabiegu nie są toksyczne, a uzyskany efekt kosmetyczny może zaniknąć w ciągu 1-3 lat. Nawet po wyblaknięciu koloru pigment niezmiennie pozostaje w skórze i mogą być widoczne lekkie pozostałości koloru.

Podczas każdego zabiegu zachowywane są najwyższe normy higieniczne oraz używane są jednorazowe kardridże, nasadki i igły jednorazowe oraz wysterylizowane nasadki metalowe. Każdy zabieg to proces wymagający wielokrotnej aplikacji pigmentu w celu uzyskania pożądanych rezultatów.

Zabieg kontrolny (przypominający), jeśli będzie wymagany, powinien zostać wykonany w ciągu 1-3 miesięcy od pierwszego zabiegu. Zabieg przypominający wykonuje się po 4 tygodniach od pierwszej aplikacji, aby miejsce zabiegu zdążyło się całkowicie zagoić.

Pigment może przemieszczać się pod skórą, jednak nie zdarza się to często. Makijaż permanentny jest zabiegiem inwazyjnym, a wprowadzanie pigmentu w skórę może być bolesne. W przypadku utraty włosów rzęs lub brwi w trakcie gojenia się miejsca, w którym wykonano makijaż permanentny oka, rzęsy i brwi odrosną w ciągu 4 miesięcy, a utrata rzęs zdarza się rzadko i w minimalnym stopniu.

W rzadkich przypadkach podczas zabiegów wykonania kreski na powiekach może dojść do uszkodzenia rogówki. Na rezultat zabiegu tj. pogorszenie oczekiwanego efektu, wpływ mają takie czynniki jak: przyjmowane leki, cechy skóry – tj. sucha/tłusta/zniszczona słońcem itp., naturalny kolor skóry, spożywanie alkoholu i palenie papierosów, ogólny stres, osłabiona odporność, zła dieta.

Po zakończeniu zabiegu może wystąpić opuchlizna i zaczerwienienie skóry, które ustąpią w ciągu 1-7 dni w zależności od prowadzonego trybu życia. W niektórych przypadkach mogą pojawić się sińce. Przez okres do dwóch tygodni po zabiegu należy ograniczyć stosowanie kosmetyków, długotrwałego kontaktu z wodą, nadmiernego pocenia, ekspozycji na promienie słoneczne.

Niezwłocznie po zabiegu jego efekt może być od 50 do 60% ciemniejszy niż pożądaný, a jego stopniowe rozjaśnienie może potrwać od 4-10 dni. Rzeczywisty kolor będzie widoczny po 1 miesiącu od każdej aplikacji, przy czym kolor może różnić się w zależności od tonu skóry, typu skóry, wieku i stanu skóry. Niektóre typy skóry przyjmują kolor łatwiej niż inne i nie można udzielić gwarancji, jaki dokładnie efekt lub kolor zostanie uzyskany.

Jeśli wcześniej wystąpiła opryszczka, w przypadku makijażu permanentnego ust po zabiegu może ona pojawić się ponownie. Leki przeciw opryszczce, także te dostępne bez recepty, zapobiegają jej wystąpieniu lub minimalizują jej objawy. W przypadku wcześniejszych chorób lub infekcji oczu, mogą one wystąpić ponownie po wykonaniu zabiegu na rzęsach. W takim przypadku powinno się stosować odpowiednie leki zapobiegające ponownemu wystąpieniu takich stanów.

Przez okres do dwóch tygodni od wykonania makijażu permanentnego ust może wystąpić uczucie suchych ust. Zabieg kamuflażu blizny wymaga przeprowadzenia testów doboru koloru przed jego rozpoczęciem i nie gwarantuje, że blizna będzie zupełnie niewidoczna.

W przypadku konieczności poddania się rezonansowi magnetycznemu w terminie krótszym niż 6 miesięcy od dnia, w którym wykonany został zabieg makijażu permanentnego, należy bezwzględnie poinformować lekarza o tym zabiegu kosmetycznym.

Należy ściśle przestrzegać wszelkich instrukcji przed i po zabiegu, które zostaną przekazane przez szkoleniowca przygotowującego i nadzorującego zabieg wykonywany w ramach szkolenia, w celu zapobieżenia powikłań, a w szczególności wystąpienia zakażenia lub powstania blizn.

ZALECENIA PO ZABIEGU PIGMENTACJI BRWI:

- Bezpośrednio po zabiegu brwi nie wolno dotykać, trzeć ani moczyć
- Przez kilka pierwszych dni do mycia twarzy nie wolno używać mydła ani kosmetyków, nie wykonywać makijażu (standardowy make-up można nałożyć najwcześniej po trzech dobach od zabiegu)
- Po zabiegu na brwiach pojawią się strupki – nie wolno ich zdrapywać, by nie zostały blizny
- Przez dwa tygodnie po zabiegu nie wolno chodzić do sauny, solarium ani na basen
- Skóry w okolicach brwi nie wolno wysuszać ani opalać, trzeba też zrezygnować z silnych peelingów

WSKAZANIA DO ZABIEGU:

- Utrata albo przerzedzenie brwi po chemioterapii
- Problemy ze skórą alergiczną
- Potrzeba zakamuflowania mankamentów brwi, blizn w obrębie brwi
- Asymetria twarzy lub oka, wymagająca optycznej korekty

Udzielenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w poniższym zakresie jest opcjonalne i pozostaje do swobodnej decyzji modelki / modela.

ZGODA NA UTRWALANIE ORAZ WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie mojego wizerunku przez firmę Broadway Beauty z siedzibą w Katowicach przy ul. Mikołowskiej 150 bezpośrednio przed zabiegiem, w trakcie jego wykonywania oraz bezpośrednio po zakończeniu.

Niniejsza zgoda obejmuje: wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, obrót egzemplarzami, na których został utrwalony wizerunek oraz na zwielokrotnienie wizerunku wszelkimi dostępnymi technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie w materiałach służącym:

1. celom szkoleniowym TAK / NIE

2. celom marketingowym, w szczególności w mediach (np. Internet, w tym na portalach społecznościowych) w materiałach promocyjnych (np. folderach, ulotkach, plakatach, materiałach audio/wideo). TAK / NIE

W przypadku wyrażenia zgody w pkt 1 - zgoda obejmuje ponadto zapisywanie i udostępnianie wizerunku na nośnikach elektronicznych udostępnianych jako materiały szkoleniowe uczestnikom szkoleń.

Zgodawyrażonajestnaczasnieoznaczonydoczasujewycofania. Oświadczam, że zostałam/em* poinformowana/y* o możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jak również, że od tej zgody nie jest uzależnione świadczenie usług.

DATA ORAZ PODPIS MODELKI/MODELA

ZGODA NA PRZESYŁANIE INFORMACJI HANDLOWYCH

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji telefonicznych lub mailowych o organizowanych przez firmę Broadway Beauty z siedzibą w Katowicach szkoleniach oraz o aktualnych promocjach i nowościach produktowych w ofercie handlowej.

DATA ORAZ PODPIS MODELKI/MODELA

Imię i nazwisko, data i podpis osoby przyjmującej oświadczenia zawarte w niniejszym Formularzu oraz udzielającej informacji i wyjaśnień w zakresie objętym treścią niniejszego Formularza

Wypełnia organizator szkolenia:

Data i miejsce wykonania zabiegu kosmetycznego / kosmetologicznego w ramach programu szkoleniowego Broadway Beauty:

Imię i nazwisko szkoleniowca prowadzącego szkolenie

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia wykonującego zabieg

Uwagi:

Imię, nazwisko i podpis

Imię i nazwisko modelki / modela

załącznik do Formularza świadomej zgody
**NA WYKONANIE ZABIEGU
MAKIJAZU PERMANENTNEGO**



NAZWA I ILOŚCI PIGMENTU:

Uwagi:

POTWIERDZENIE WYKONANIA ZABIEGU

DATA ORAZ PODPIS KURSANTA

DATA ORAZ PODPIS MODELKI / MODELA

DATA ORAZ PODPIS SZKOLENIOWCA