

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY MODELKI / MODELA

na wykonanie przekłucia oznaczonej części ciała (piercing)

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 przekłucia oznaczonej części ciała (piercing), 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. Oświadczam, że nie występują u mnie żadne z niżej 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.

**Wyrażam zgodę na przekłucie (pępka, brwi, nosa, wargi, języka lub innej części ciała):**

.....

**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 wnosić 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.

.....  
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

## Wywiad medyczny ogólny:

- Czy chorowała Pani/Pań na WZW?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy ktoś z najbliższej rodziny chorował na WZW?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy ktoś z najbliższej chorował na WZW lub jest nosicielem HBS?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy była Pani/Pan szczepiona/y przeciwko WZW?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy była Pani hospitalizowana w ciągu ostatniego roku?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy w ostatnim okresie miała Pani/Pan wykonywaną iniekcję pobierania krwi?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy w ostatnim półroczu miała Pani/Pan wykonywane zabiegi chirurgiczne lub stomatologiczne?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy w ostatnim półroczu korzystała Pani/Pan z usług fryzjerskich (lub podobnych) i została skaleczona?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....

### Choroby:

Czy choruje lub chorowała Pani/Pan na:

- **cukrzycę** (pobieram - insulinę / tabletki) \*niepotrzebne skreślić  TAK  NIE
- **choroby serca**  TAK  NIE
- **nadciśnienie**  TAK  NIE
- **hemofilię**  TAK  NIE
- inne .....

- Czy jest Pani/Pan alergikiem lub uczuleniowcem?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy jest Pani/Pan pod stałą opieką jakiejś medycznej poradni specjalistycznej?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy w chwili obecnej bierze Pani/Pan jakieś leki?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy w chwili obecnej bierze Pani/Pan jakieś leki?  
Jeżeli tak, to kiedy i gdzie? .....
- Czy była wykonywana szczepionka COVID 19?  
Jeżeli tak, to kiedy (podaj datę)? .....
- Czy występowały powikłania po szczepieniu COVID 19?  
Jeżeli tak to jakie? .....
- Czy po powikłaniach występowało leczenie farmakologiczne?  
Jeżeli tak to jakie? .....

## Normalne objawy po przekłuciu

W pierwszej fazie gojenia normalne jest odczuwanie dyskomfortu, lekkiego bólu, pieczenia i swędzenia, pojawienie się:

### Przebarwienia miejsca przekłucia

- może być zaczerwienione, brązowawe, różowawe albo purpurowe
- może utrzymać się przez kilka miesięcy po niektórych przekłuciach

### Opuchlizna

- miejscowa

- może być znaczna przy przekłuciu oralnym tj. usta, język
- może utrzymywać się przez kilka dni bezpośrednio po przekłuciu (nawet do tygodnia)

#### **Opuchlizna**

- miejscowa
- może być znaczna przy przekłuciu oralnym tj. usta, język
- może utrzymywać się przez kilka dni bezpośrednio po przekłuciu (nawet do tygodnia)

#### **Wydzielanie**

- wydzielanie osocza, martwej komórki itp.
- nie powinno być obfite w dużych ilościach, śmierzące albo zielone
- będzie tworzył się mały strup na ozdobie przy ranie przekłucia

### **INSTRUKCJA PIELĘGNACJI**

Przekłutego miejsca nie wolno dotykać niemytymi i nieodkażonymi rękami. W celu sprawdzenia czy ranka goi się poprawnie lub czy zabezpieczenie dobrze się trzyma, należy uprzednio umyć ręce mydłem antybakteryjnym lub środkiem do dezynfekcji skóry rąk. Przekłute miejsce i ozdobę należy dokładnie i delikatnie oczyszczać z pojawiających się zanieczyszczeń i strupków, jednak nie powinno się robić tego częściej niż trzy razy na dobę. Aby pozbyć się brudu, można użyć bawełnianego wacika namoczonego w ciepłej wodzie, a następnie przetrzeć miejsce środkiem antyseptycznym (np. Octenisept, Skinsept Mucosą, Rivanol). W kolejnych dniach po zabiegu można zastosować bardziej tradycyjne środki: roztwory soli fizjologicznej, soli morskiej, świeżo zaparzone i ostudzone napary z rumianku lub szalwii. Do przemywania przekłutych miejsc nie wolno używać spirytusu, wody utlenionej ani gencjany. Ważne jest to, by po przemyciu osuszyć skórę i kolczyk papierowym ręcznikiem.

### **PIERCING – POSTĘPOWANIE PO PRZEKŁUCIU**

- Po wykonaniu piercingu przez ok. trzy miesiące należy unikać gorących kąpiel. Nie wolno również kąpać się w jeziorach, rzekach i basenach, w których znajdują się bakterie mogące wywołać infekcje.
- Wskazane jest, by unikać wszelkich aktywności, które mogą doprowadzić do przemieszczenia kolczyka, a także noszenia ubrań, które mogą uciskać miejsce przekłucia. W miejscu przekłucia nie należy stosować żadnych kosmetyków lub perfum.
- Proces gojenia miejsca przekłucia będzie trwał dłużej, w przypadku palenia papierosów i używania alkoholu. W czasie gojenia się rany należy również zrezygnować z opalania na słońcu i w solarium.

Obrzęk i ból to częste reakcje organizmu na przekłucie. Można je łagodzić zarówno środkami przeciwbólowymi dostępnymi bez recepty, jak i chłodnymi kompresami z soli fizjologicznej, roztworu soli kuchennej czy morskiej. Należy unikać leków zawierających kwas acetylosalicylowy, który rozrzedza krew i zwiększa ryzyko krwawienia.

**W PRZYPADKU ZAUWAŻENIA NIEPRAWIDŁOWEGO GOJENIA SIĘ RANY LUB EWENTUALNYCH POWIKŁAŃ NALEŻY NIEZWŁOCZNIE SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z LEKARZEM DERMATOLOGIEM.**

DATA ORAZ PODPIS MODELKI/MODELA

**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.

**Zgoda wyrażona jest na czas nieoznaczony do czasu jej wycofania. 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