

KARTA KLIENTA (OŚWIADCZENIE)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

INFORMACJE ZDROWOTNE:

Czy cierpi Pan/Pani na choroby przewlekłe ogólnoustrojowe? Jeśli TAK, to jakie?		Czy ma Pan/Pani skłonność do powstawania bliznowców?	
Czy zażywa Pan/Pani leki przewlekłe, również te dostępne bez recepty (np. suplementy diety, leki antykoncepcyjne)? Jeśli TAK, to jakie?		Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy stosowane były przez Pana/Panią leki z izotretynoiną (leczenie trądziku)?	
Czy cierpi Pan/Pani na choroby przewlekłe skóry? Jeśli TAK, to jakie?		Czy ma Pan/Pani skłonność do powstawania opryszczki?	
Czy zażywa Pan/Pani leki przewlekłe bezpośrednio na skórę? Jeśli TAK, to jakie?		Czy cierpi Pan/Pani na alergie (pokarmowe, wziewne, kontaktowe)? Jeśli TAK, proszę podać czynniki je wywołujące?	
Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy był wykonywany na Panu/Pani zabieg chirurgiczny w obrębie strefy planowanego zabiegu?		Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?	
Czy posiada Pan/Pani rozrusznik lub metalowe implanty w ciele?		Czy poddawał/poddawała się Pan/Pani zabiegom medycyny estetycznej?	
Czy w okresie ostatnich 5 lat wykryto u Pana/Pani nowotwór?		Prosimy o podanie innych uwag jakie powinniśmy wiedzieć o stanie Państwa zdrowia, które są istotne przed wykonaniem zabiegu, a mogą stanowić przeciwwskazanie.	

Przeciwwskazania do zabiegów z prądami i ultradźwiękami:

- ciąża;
- choroby nowotworowe (oraz stan po wyleczeniu do 5 lat);
- alergie skórne;
- choroby bakteryjne, grzybicze i wirusowe (w tym opryszczka);
- zaburzenia rytmu serca;
- wszczepiony rozrusznik serca i inne implanty elektroniczne;
- obecność wypełniaczy (kwas hialuronowy, kolagen itp.);
- botoks;
- zakrzepowe zapalenie żył;
- ostre stany zapalne, stany gorączkowe;
- niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze;
- osteoporoza.

Przeciwwskazania do peelingu chemicznego:

- przerwanie ciągłości naskórka, podrażnienia;
- aktywny trądzik różowaty;
- skłonność do bliznowaceń i zwłóknień;
- liczne teleangiektazje;
- ekspozycja na słońce;
- alergie skórne;
- stany bakteryjne, grzybicze i wirusowe skóry, ciężkie postacie trądziku;
- choroby autoimmunologiczne typu kolagenoza i pęcherzyca;
- leczenie dermatologiczne za pomocą pochodnych wit. A;
- liczne znamiona barwnikowe;
- stan po zabiegach chirurgicznych (2 mies.);
- stosowanie kremów z retinolem;
- ciąża i laktacja;
- uczulenie na składniki aplikowanych preparatów.

Jestem świadoma/-y, że we wszystkich inwazyjnych procedurach kosmetycznych istnieje ryzyko wystąpienia działań niepożądanych w odpowiedzi na zastosowane urządzenia i preparaty:

- zabieg może spowodować obrzęk twarzy (występuje w ciągu 24-72 h po zabiegu, może utrzymywać się kilka dni – konieczność skontaktowania się z lekarzem dermatologiem);
- w wyniku zabiegu może wystąpić rumień skóry (najdłużej utrzymuje się do kilku dni);
- w wyniku zabiegu może wystąpić ból lub/i świąd (najczęściej ustępują po 8-12 h);
- istnieje ryzyko nawrotu opryszczki (Herpes simplex);
- podczas złuszczenia lub w późniejszym okresie, w przypadku nieprzestrzegania zasad pielęgnacji, wskazanych przez kosmetologa, może dojść do zakażenia bakteryjnego skóry (impetigo) lub powstawania zmian trądzikowych;
- w wyniku zabiegu mogą pojawić się zaburzenia barwnikowe – szczególnie u osób posiadających przebarwienia, które nie stosują ochrony przeciwsłonecznej, u osób z tendencją do powstawania przebarwień lub u osób, które zdrapują złuszczone naskórek;
- zabieg może spowodować nadmierną wrażliwość skóry na działanie słońca i wiatru;
- istnieje również niewielkie ryzyko powstawania reakcji alergicznych na składniki stosowane w trakcie i po zabiegu;
- proces złuszczenia ma charakter indywidualny (trwa od 4 do 14 dni, a nawet dłużej).

INFORMACJA O DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych są Lecznice Citomed sp. z o.o. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia wybranego przez Panią/Pana zabiegu kosmetycznego. Gromadzimy także Pani/Pana dane w postaci opinii kosmetologa dotyczącej Pani/Pana problemu skórniego, proponowanych zabiegów oraz zdjęcia wykonane przed i po zabiegu. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu wykonania zawartej z Panią/Panem umowy dotyczącej zabiegu kosmetycznego (w tym także w celu przypomnienia o umówionej wizycie) oraz w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów administratora polegających na analizie efektów zabiegów oraz marketingu naszych usług. Wyjątkowo, dane osobowe mogą być przetwarzane w celu ochrony Pani/Pana żywotnych interesów w związku z wpływem zabiegu na zdrowie oraz w celu ustalenia, obrony oraz dochodzenia roszczeń. Dane dotyczące zdrowia będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie upoważnione osoby zatrudnione w Lecznicach Citomed oraz podmioty, którym powierzamy poszczególne czynności (podmioty przetwarzające dane osobowe na nasze zlecenie). Dane osobowe będą przetwarzane przez czas wynikający z wykonywanych zabiegów oraz do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń.

Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania. W określonych przez prawo przypadkach może też Pani/Pan żądać usunięcia danych lub ograniczenia przetwarzania. W odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych w prawnie uzasadnionych interesach administratora ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania. Wszystkie wskazane powyżej prawa można wykonywać kontaktując się z administratorem na podany powyżej adres. Ponadto ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

ŚWIADCZENIA OSOBY PODDAJĄCEJ SIĘ ZABIEGOM:

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

Zostałam/em w pełni poinformowana/y przez kosmetologa o procedurze zabiegu, wszystkich czynnościach z nim związanych, ryzykiem wybranego przeze mnie zabiegu, korzyściach oraz o możliwości pojawienia się skutków ubocznych/niepożądanych. Miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów zabiegu, na które otrzymałam/em wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Zapoznałam/em się ze wszystkimi przeciwwskazaniami do zabiegów na twarz i ciało.

Poinformowałam/em kosmetologa wykonującego zabieg bądź zabiegi o wszelkich przeciwwskazaniach i alergiach mogących utrudnić wykonywanie bądź przebieg zabiegów oraz mające wpływ na wszelkie powikłania bądź działania niepożądane po jego zakończeniu.

Podane przeze mnie informacje w Karcie Konsultacyjnej dotyczące przebytych chorób, trwającego leczenia, zażywanych leków, a także udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą oraz nie przemilczałam/em żadnych informacji, które mogą być istotne dla zabiegów.

Zobowiązuję się poinformować przy kolejnych zabiegach o nowo powstałych przeciwwskazaniach.

Rozumiem, iż efekt końcowy zależy od wielu czynników i nie zawsze można go przewidzieć lub zagwarantować oczekiwanych wyników.

W przypadku powstania roszczeń pozostających w związku z jakimkolwiek zabiegiem, któremu poddałam/em się w Lecznicach Citomed, zobowiązuję się niezwłocznie zgłosić moje roszczenia do Lecznicy Citomed i podjąć próbę polubownego załatwienia sprawy. Niniejsze zobowiązanie nie ogranicza mojego prawa do dochodzenia roszczeń przed sądem powszechnym, jeżeli polubowne załatwienie sprawy nie nastąpi.

Data i czytelny podpis osoby poddającej się zabiegom:

ZGODY

Zwracamy się do Pani/Pana o wyrażenie poniższych zgód na przetwarzanie danych osobowych i rozpowszechnianie wizerunku przez Lecznicę Citomed. Ma Pani/Pan prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci informacji o moim stanie zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonania wybranych przeze mnie zabiegów oraz po ich wykonaniu w zakresie ewentualnych efektów i skutków. Wyrażenie zgody jest niezbędne do podjęcia czynności związanych z zabiegami, a brak jej wyrażenia uniemożliwi nam ocenę istnienia przeciwwskazań do zabiegu i wykonanie zabiegu.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Lecznic Citomed za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym na podane przeze mnie adresy e-mailowe oraz numery telefonów, informacji handlowej od Lecznic Citomed dotyczącej produktów i usług oferowanych przez Lecznicę Citomed.

Data i podpis:

Rozpoznanie skóry:

Data i opis zabiegów: