

INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA S VÝKONEM

Provozovna:

Salon permanentního make-upu Lakomá

Adresa: Kamenný Újezd, Průmyslová 628, 373 81

Provozovatel: Lenka Lakomá, IČO: 67187951

1. IDENTIFIKACE KLIENTA

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Adresa: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

2. POPIS VÝKONU

Tímto uděluji **svobodný a informovaný souhlas** s provedením zákroku permanentního make-upu v oblasti:

- Obočí
- Rtů
- Očních linek
- Korekce stávajícího PMU

Základ spočívá v aplikaci pigmentu do vrchních vrstev pokožky pomocí tetovacího přístroje. Výsledek může být ovlivněn typem pleti, věkem, zdravotním stavem, užívanými léky a dodržováním pokynů po zákroku.

3. MOŽNÁ RIZIKA A KOMPLIKACE

Jsem si vědoma/vědom, že základ může způsobit:

- Dočasné zarudnutí, otok nebo podráždění pokožky
- Alergickou reakci na pigmenty nebo anestetikum
- Nerovnoměrné hojení a nutnost korekce
- Dočasné zhoršení vzhledu před zhojením

Byla mi poskytnuta dostatečná informace o průběhu, hojení a následné péči.

4. ZDRAVOTNÍ STAV A KONTRAINDIKACE

Prohlašuji, že netrpím žádným závažným onemocněním, které by mohlo zákrok ovlivnit, zejména:

- infekční onemocnění (hepatitida, HIV apod.)
- akutní kožní onemocnění v místě výkonu
- poruchy imunity, cukrovka, epilepsie
- alergie na anestetika nebo složky pigmentu
- těhotenství / kojení (vylučuje se výkon)

☐ Jsem si vědoma/vědom, že v případě nepravdivých údajů nenese salon odpovědnost za možné následky.

5. POUČENÍ O PÉČI PO ZÁKROKU

Byl/a jsem poučen/a o důležité **péči po zákroku**, včetně:

- Nevystavovat místo slunci, vodě, sauně ani soláriu po dobu hojení
- Neškrábat stroupky a dodržovat hygienu
- Používat doporučený přípravek na ošetření

Souhlasím, že nedodržení těchto pokynů může ovlivnit výsledek a trvanlivost pigmentu.

6. SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ (GDPR)

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů za účelem evidence provedeného zákroku a v souladu se Zásadami ochrany osobních údajů provozovatele. Údaje budou uchovány pouze po nezbytnou dobu dle zákonných požadavků.

7. POTVRZENÍ A PODPIS

Prohlašuji, že všem informacím výše rozumím, mé dotazy byly zodpovězeny a souhlasím s provedením zákroku.

V _____ dne _____

Podpis klienta: _____

Podpis osoby provádějící výkon: _____