Karta informacyjna Klienta

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………

Data Urodzenia ……………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy…………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………

E-mail……………………………………………………………………………………………………

Informacje medyczne stanowiące przeciwwskazanie do wykonania zabiegu Mezoterapii Bezigłowej

* Ciążą TAK NIE
* Karmienie piersią TAK NIE
* Nowotwory skóry i stany po ich leczeniu TAK NIE
* Stany zapalne żył TAK NIE
* Metalowe elementy w ciele TAK NIE
* Rozrusznik serca, choroby serca TAK NIE
* Choroby tarczycy TAK NIE
* Widoczne duże żylaki (jeśli nie jest dużo można ominąć) TAK NIE
* Epilepsja TAK NIE
* Ropne zapalenia, zadrapania, skaleczenia naskórka TAK NIE
* Nadwrażliwość skory TAK NIE
* Złote nici (dopiero po okresie dwóch lat od zabiegu) TAK NIE
* Przebyte nowotwory zawsze po konsultacji lekarskiej TAK NIE

Oświadczenie klienta: Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wszystkie informacje medyczne podane w tej karcie są zgodne z prawdą,. Jednocześnie wyrażam zgodę za wykonanie zabiegu/serii zabiegów Mezoterapii Bezigłowej.

Data i podpis klienta

……………………………………………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie dla potrzeb Studia Fryzur i Kosmetyki Image zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz 926 z póź. Zm.)