

CONSENSO INFORMATO PER TRATTAMENTI TATUAGGI-DERMOPIXING-TRUCCO PERMANENTE

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____
in via _____
professione _____ telefono mobile _____

dichiara liberamente e in piena coscienza di:

essere maggiorenne e perfettamente in grado di comprendere la scelta e le conseguenze derivanti dall'effettuare un trattamento Tatuaggio, Dermopixing, Trucco Permanente; di non soffrire, da un punto di vista clinico, di epilessia, di problemi cardiaci, di non avere contratto l'epatite B o C negli ultimi 12 mesi e di non essere sieropositivo o portatore di HIV; di non seguire particolari terapie farmacologiche; di non essere emofiliaco; di non soffrire di angioedema; di non avere malattie della pelle o psoriasi; di non essere in stato di gravidanza o allattamento; di aver verificato che le attrezzature e i materiali d'uso sono sterili e monouso; di essere a conoscenza che maggiore sarà il mio contributo in termini di immobilità durante il trattamento, maggiore sarà la precisione dello stesso.

Dichiara liberamente e in piena coscienza di essere stato informato che:

il Tatuaggio, Dermopixing; Trucco Permanente è effettuato mediante l'apparecchiatura opportunamente studiata per tale tecnica; che per rimuoverne gli effetti è necessario ricorrere all'utilizzo di trattamenti Laser, interventi chirurgici di piccola o media entità i quali non sempre garantiscono il ripristino delle condizioni precedenti; che l'operatore al quale si rivolge è obbligato ad osservare le norme igienico-sanitarie prescritte dalla legge; quali sono i rischi impliciti legati a questa pratica e che in conseguenza dei trattamenti descritti si può diventare allergici ai pigmenti e/o ai metalli; che non posso ricevere trattamenti di Tatuaggio, Dermopixing, Trucco Permanente con processo infiammatorio in atto; che non posso ricevere trattamenti di Tatuaggio, Dermopixing, Trucco Permanente durante la gravidanza e nei 6-12 mesi precedenti in caso di programmata gravidanza ne in caso di allattamento.

Si chiede dunque di essere sottoposto a trattamento nella seguente area del corpo _____

Ho ricevuto trattamenti di manicure/pedicure/cerette/ricostruzione unghie/agopuntura/tatuaggi/piercing negli ultimi 12 mesi:

SI ___ NO ___ Firma _____

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sulle indicazioni specifiche da tenere dopo aver ricevuto un trattamento Tatuaggio, Dermopixing, Trucco Permanente e si impegna a seguire le stesse in maniera scrupolosa. Dichiara inoltre, di rivolgersi tempestivamente allo Studio, tramite i recapiti da esso forniti, per ogni necessità. Infine, dichiara di ritenere indenni da responsabilità alcuna lo Studio e il legale rappresentante dello stesso, per sua libera scelta, sottolineando il fatto che in caso di insorgenza di problemi alcuni, è necessario contattare lo Studio stesso. Presto il consenso al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dichiaro di aver preso visione dell'avviso sulle finalità e modalità di trattamento dei dati.

Prendo atto che il trattamento dei dati personali è finalizzato al soddisfacimento delle esigenze del cliente e di tutela della società stessa nonché ad attività di informazione e promozione commerciale che può essere svolta anche da soggetti esterni e/o da società di servizi.

Con la sottoscrizione del presente modulo, si acconsente all'esecuzione del trattamento scelto, acconsento al trattamento dei miei dati per l'uso sopraindicato e affermo che le informazioni rese sono corrette e veritiere.

Data _____

Firma per esteso del/della modella/cliente _____

Firma per esteso dell'operatore _____

TRATTAMENTI TATUAGGI-DERMOPIXING-TRUCCO PERMANENTE

SCHEDA QUESTIONARIO (anamnesi perdonale)

Il sottoscritto _____ dichiara che tutti i suoi dati sono come scheda precedente.

La compilazione del presente questionario ha la funzione di fornirci adeguate informazioni finalizzate ad individuare eventuali casi ove la legge vieta la possibilità di operare trattamenti di Tatuaggio, Dermopixing, Trucco Permanente. Nel caso vi siano dubbi da parte dell'operatore sarete invitati ad esporre quanto emerso ed attendere parere del vostro medico di fiducia.

Il trattamento dei dati di seguito raccolti avviene secondo le modalità previste ai sensi del Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679 e conservato in luogo sicuro privo della possibilità di accesso se non dell'operatore.

Soffri di disturbi del sangue (trombosi, emofilia, anemia, ecc.)?	SI	NO
Hai un diabete (tipo 1 o 2)?	SI	NO
Hai qualche tipo di epatite (A, B, C, D, E, F)?	SI	NO
Sei HIV +?	SI	NO
Soffri di qualsiasi condizione della pelle (rosacea, impetigine, erisipela, lupus, sclerodermia o qualsiasi altra malattia)?	SI	NO
Hai una storia di sensibilità cutanea (eczema o dermatite atopica)?	SI	NO
Hai allergia a farmaci, cibo, metalli, trucco o qualsiasi altro composto?	SI	NO
Hai qualche malattia autoimmune?	SI	NO
Soffri di malattie infettive acute o croniche?	SI	NO
Sei incline a herpes e febbre?	SI	NO
Hai l'epilessia o qualsiasi altra condizione legata ad essa?	SI	NO
Hai problemi cardiaci?	SI	NO
Sei incinta?	SI	NO
Stai allattando?	SI	NO
Prendi tutti i farmaci prescritti su base giornaliera (ad esempio aspirina, anticoagulanti, ecc.)?	SI	NO
Stai indossando un pacemaker?	SI	NO
Hai qualche problema di guarigione dalle ferite?	SI	NO
Tendi a sviluppare cicatrici cheloidi o ipertrofiche?	SI	NO
Hai consumato droghe o alcol nelle ultime 24 ore?	SI	NO
Ti sei sottoposto ad un intervento chirurgico o ad altre procedure mediche negli ultimi 14 giorni?	SI	NO
Hai avuto un'iniezione di botox negli ultimi 6 mesi?	SI	NO
Hai avuto un peeling laser o chimico entro 6 mesi?	SI	NO
Hai mai avuto una PMU o un trattamento cosmetico?	SI	NO
Usi regolarmente Retinol-A, glicole o altri prodotti esfolianti?	SI	NO
Indossi lenti a contatt?	SI	NO
Hai la pelle grassa?	SI	NO
Hai il tuo periodo al momento del trattamento?	SI	NO
Hai la tendenza a sviluppare macchie scure sulla pelle da ferite o sole?	SI	NO
Ti ferisci facilmente da lievi ferite alla pelle?	SI	NO
Sanguini troppo dai tagli minori?	SI	NO
Avete protesi protesiche?	SI	NO
Se hai avuto PMU o qualsiasi altro trattamento cosmetico hai avuto problemi con la guarigione dopo che sono stati applicati?	SI	NO
Hai avuto una storia di cancro?	SI	NO
Sei attualmente sottoposto a trattamento con radiazioni e/o chemioterapia?	SI	NO
Hai mai avuto problemi di acne cutanea?	SI	NO
Hai qualche condizione medica che ha portato un medico a prescriverti di pre-medicare con un antibiotico prima di un intervento odontoiatrico o altra procedura invasiva?	SI	NO

Il trattamento dei dati di seguito raccolti avviene secondo le modalità previste ai sensi del Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679 e conservato in luogo sicuro privo della possibilità di accesso se non dell'operatore.

Il presente documento viene conservato con la sua scheda, con la copia del consenso informato e gli altri previsti dalla legge per un periodo pari ad anni 5.

Data _____ Firma per esteso del/della modella/cliente _____