

Karta Klienta - Wywiad Zdrowotny i Zgoda na Przetwarzanie Danych Wrażliwych

Dane Klienta

Imię i Nazwisko:

Numer Telefonu:

Adres E-mail:

Data:

I. WYWIAD ZDROWOTNY (DANE WRAŻLIWE)

Celem wywiadu jest prawidłowe i bezpieczne przeprowadzenie zabiegu oraz wykluczenie przeciwwskazań. Dane przetwarzane są na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. h RODO (przetwarzanie niezbędne do celów świadczenia opieki zdrowotnej, lub Art. 9 ust. 2 lit. a - wyraźna zgoda).

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź (Tak/Nie) i opisać ewentualne szczegóły:

Pytanie	Tak	Nie	Uwagi / Szczegóły
Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?	☐	☐	
Czy choruje Pani na choroby przewlekłe (np. tarczycza, cukrzyca, autoimmunologiczne)?	☐	☐	
Czy przyjmuje Pani obecnie leki światłouczulające, retinoidy lub antybiotyki?	☐	☐	
Czy posiada Pani metalowe implanty/rozsusznik w obszarze zabiegowym?	☐	☐	
Czy ma Pani skłonność do bliznowców (keloidów) lub ma Pani aktywne stany zapalne/opryszczkę?	☐	☐	
Czy jest Pani uczulona na nikiel, lateks, kwas acetylosalicylowy lub inne składniki?	☐	☐	

II. PROTOKÓŁ ZABIEGOWY (METRYKA)

Data i godzina:

Nazwa Zabiegu:

Użyte Produkty/Stężenia (np. kwas mlekowy 30%):

Użyte Urządzenia (Nazwa i Parametry):

Reakcje Skóry podczas Zabiegu:

Zalecenia Pozabiegowe:

III. OŚWIADCZENIA I ZGODY

Zgoda na Wykonanie Usługi (Art. 6 ust. 1 lit. b RODO):

Oświadczam, że zapoznałem/am się z opisem zabiegu, zostałem/am poinformowany/a o możliwych skutkach ubocznych oraz o zaleceniach pozabiegowych. Wyrażam zgodę na wykonanie usługi.

Oświadczenie o Przekazanych Danych Wrażliwych:

Oświadczam, że dane zawarte w Wywiadzie Zdrowotnym są zgodne z prawdą i nie zataiłem/am informacji, które mogłyby mieć wpływ na bezpieczeństwo zabiegu.

Potwierdzenie Otrzymania Zaleceń:

Potwierdzam, że otrzymałem/am i zrozumiałem/am ustne i pisemne zalecenia dotyczące pielęgnacji pozabiegowej.

(Podpis Klienta)

(Podpis Kosmetologa/Specjalisty)