



## ANKIETA MEDYCZNA DLA CELÓW ZABIEGU MAKIJAŻU PERMANENTNEGO

Imię i Nazwisko ..... Telefon .....

\*właściwą odpowiedź zakreślić

TAK NIE

Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką medyczną?  
Jeśli tak proszę podać powód .....

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy jest Pani w ciąży?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy jest Pani w trakcie laktacji?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy miał(a) Pan(i) wykonywany kiedykolwiek makijaż permanentny lub tatuaż biologiczny?                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebywał(a) Pan(i) w szpitalu?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy ostatnio miał(a) Pan(i) przetaczaną krew?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy jest Pan(i) uczulona(y) na kosmetyki kolorowe lub farby do włosów?                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy miał(a) Pan(i) operację plastyczną lub planuje w najbliższym czasie?                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy nosi Pan(i) szkła kontaktowe?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy cierpi Pan(i) na zaburzenia krzepliwości krwi?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy jest Pan(i) uczulona(y) na składniki kosmetyczne?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy jest Pan(i) uczulona(y) na środki znieczulające?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy Pan(i) skóra łatwo się zabliźnia?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy przyjmuje Pan(i) leki ziołowe bądź pije ziołowe herbaty?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy przyjmuje Pan(i) leki sterydowe?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy używa Pan(i) odżywek wzmacniające oraz pobudzające porost włosów, rzęs (w ciągu ostatnich 6 miesięcy)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy używa Pan(i) maść na twarz w obrębie planowanego zabiegu?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy posiadam asymetryczne brwi?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy jest Pani w trakcie menstruacji?   |

TAK NIE Czy choruje Pan(I) na którąś z wymienionych chorób:

- |                          |                          |                        |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Astma                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Choroby serca          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cukrzyca               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsja              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Żółtaczka              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wysokie ciśnienie krwi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Choroba nowotworowa    |

TAK NIE Czy cierpi Pan(I) na choroby skórne takie jak:

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atopowe zapalenie skóry  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Egzema   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trądzik  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nowotwory skóry  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Keloidy  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Łuszczyca  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Łojotokowe zapalenie skóry   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inne choroby o nieznanym etiologii?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy nosi Pan(I) szkła kontaktowe?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy cierpi Pan(i) na suchość oka?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy ma Pan(i) tendencje do stanów zapalnych spojówki?                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy choruje Pan(i) na inne choroby gałki ocznej?                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy zażywa Pan(i) jakieś stałe leki?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy posiada Pan(i) szczepienie na WZW?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy w najbliższym czasie planuje Pan(i) badanie rezonansem magnetycznym?               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy był wykonywany zabieg z przerwaniem ciągłości tkanek? |

Jeśli tak to proszę podać jaki zabieg .....

Oświadczam, iż nie zataiłam(em) żadnych danych dotyczących mojego stanu zdrowia i wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

.....  
Data i podpis



## DODATKOWE INFORMACJE

Ponadto poinformowano mnie, że:

- makijaż permanentny przy prawidłowej pielęgnacji utrzymuje się średnio około 6 miesięcy do 3 lat w zależności od metody. W tym czasie zmienia swoją intensywność. Trwałość pigmentu jest ograniczona i wpływa na nią także częste opalanie, eksfoliacja skóry oraz typ cery
- w pierwszych dniach po zabiegu kolor będzie ciemniejszy, jednak zostałam poinformowana przed rozpoczęciem zabiegu o orientacyjnym wyniku koloru docelowego
- po pierwszym zabiegu pigment może wyłuszczyć się do 50-70%
- każdy etap zabiegu będzie udokumentowany poprzez fotografie
- zależne od typu skóry, jeżeli konieczne będą czynności uzupełniające, koszty tych czynności będą obliczane odrębnie w zależności od nakładu pracy
- w celu zagwarantowania skutecznego procesu gojenia w pierwszych 4 tygodniach po zabiegu należy unikać:
  - a) opalania w solarium i na słońcu (należy unikać nasświetlania promieniami UV)
  - b) pobytu w saunie, pływania
- u nosicieli wirusa opryszczki (Herpes simplex) mogą wystąpić objawy tej dolegliwości po zabiegu na usta. Należy zapobiegawczo stosować tabletki Heviran (400 lub 800 mg): 4/5 dni przed zabiegiem, w dniu zabiegu, 3-4 dni po zabiegu). Opryszczka jest typową reakcją w przypadku makijażu ust.

Jestem świadoma i akceptuję fakt, że w wielu przypadkach zabieg makijażu permanentnego może być przyczyną uaktywnienia się wirusa opryszczki (Herpes simplex). Zapobiegawczo zaleca się stosowanie tabletek Heviran.

Po roku czasu od pierwszej wizyty powinnam zgłosić się na konsultację, aby ocenić reakcje pigmentu w skórze. Przy niektórych metodach makijażu może być konieczne wykonanie korekty uzupełniającej do roku czasu. Każda korekta ustalana jest indywidualnie w zależności od rodzaju skóry. Korekta do roku czasu kosztuje 50% aktualnej ceny podanej w cenniku.

- po zabiegu skóra jest podrażniona, zaczerwieniona i może spuchnąć, co jest reakcją normalną. W zależności od indywidualnych predyspozycji podrażnienia ustępują po kilku godzinach lub po kilku dniach
- w trakcie zabiegu następuje przerwanie ciągłości naskórka. Nie wolno zdrapywać strupka, pocierać go. Zaleca się stosowanie maści łagodzącej 2 razy dziennie przez kilka dni do tygodnia, np. Bepanthen, Alantan plus
- po zabiegu nie pić alkoholu, a w przypadku makijażu ust dodatkowo nie spożywać ostrych i gorących potraw a wszystkie pozostałe napoje pić przez słomkę
- przez 4-5 dni nie stosować mydła i środków podrażniających oraz kosmetyków kolorowych
- przez 2-3 dni nie moczyć wodą
- pod koniec dnia ściągnąć wacikiem nadmiar maści czystym wacikiem bądź nasączonym Oscanisepem

Zapoznałam/em się, przeczytałam/em ze zrozumieniem powyższe oświadczenie i wyrażam zgodę na wykonanie usługi.

.....  
Data i podpis



## AKCEPTACJA RYSUNKU WSTĘPNEGO ORAZ REGULAMINU

Osoba wykonująca makijaż .....

Omówiony został ze mną kolor pigmentu jaki będzie użyty oraz jego efekt po wygojeniu.  
Omówiona została ze mną metoda którą będzie wykonany makijaż.

Oraz oświadczam, że zapoznałam się z treścią regulaminu i akceptuję jego warunki.

Adnotacje do zabiegu:



.....  
Data i podpis



## ZALECENIA

Jak dbać o świeżo wykonany makijaż permanentny

- smarować miejsce pigmentacji maścią Alantan Plus lub Bepanthen około tydzień po wykonaniu zabiegu
- nie doprowadzić do przesuszenia miejsca gdzie wykonany został makijaż permanentny
- nie korzystać z basenu, sauny, solarium do 4 tygodni od wykonania zabiegu
- nie myć miejsca pigmentacji przez pierwsze dwa dni, potem przemywać tylko wodą i osuszać delikatnie wacikiem, nie przecierać
- nie używać do mycia danego miejsca żadnych kosmetyków do demakijażu, toników, płynów micelarnych, żeli oczyszczających, peelingów
- nie stosować kosmetyków kolorowych w miejscu pigmentacji przez pierwszy tydzień po zabiegu
- nie pić alkoholu w dniu wykonania makijażu permanentnego
- należy unikać gorących napoi, nie wolno jeść ostrych i słonych potraw przez pierwsze dwa dni
- w przypadku pigmentacji ust napoje pić przez słomkę
- jeżeli jest się posiadaczem zwierząt domowych, dbać aby miejsce pigmentacji nie zostało dotknięte, polizane, zadrapane przez pupila
- przez pierwsze kilka dni nie narażać się na wysiłek fizyczny na siłowni bądź zajęciach fitness ze względu na utrzymanie higieny w miejscu pigmentacji