

KARTA KLIENTA

DANE OSOBOWE (PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI):

Imię i nazwisko:.....

Rok urodzenia:

Telefon:.....

Adres e-mail*:.....



Jak się Pan(i) o nas dowiedziała?

Facebook

☐

Polecenie

☐

Inne (proszę wskazać)

**Do bezwzględnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu
Estetycznej Rehabilitacji Twarzy/ Kobido II należą:**

Ze strony jamy ustnej:

- zmiany ropne około zębowe, świeże usunięcie zęba
- stany zapalne, w szczególności dziąseł, ropne zapalenie migdałków
- inne choroby w jamie ustnej (na przykład choroby gruczołów ślinowych)

Ze strony organizmu:

- ciąża
- powiększone węzły chłonne
- choroby nowotworowe, stany po ich chirurgicznym leczeniu, guzki niewiadomego pochodzenia
- zaawansowana miażdżyca, zwłaszcza tętnic szyjnych
- ciężkie stany alergiczne
- chłoniak
- porażenie nerwu trójdzielnego lub jego gałęzi (stan świeży, ostry)
- gorączka, stany grypowe
- tętniaki
- nadciśnienie, ciężkie choroby serca, podejrzenie zawału mięśnia sercowego, wady serca
- zakrzepica
- ostry stan nadczynności tarczycy (dotyczy masażu szyi)
- ciężkie stany chorobowe wymagające specjalistycznego leczenia
- choroby psychiczne



Czy występują reakcje alergiczne na jakiekolwiek składniki preparatów kosmetycznych?

Jeśli tak to jakie: _____

Czy były wykonywane zabiegi medycyny estetycznej (zastrzyki botoksu, wypełniającego kwasu hialuronowego, nici PDO, laser, lipoliza, lub inne inwazyjne zabiegi)? Jeśli tak, proszę określić rodzaj zabiegu, termin wykonania, ilość zabiegów:

☐ **Oświadczam, że zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do wykonania zabiegu Estetycznej Rehabilitacji Twarzy metodą Marie Margo/ Kobido II**

☐ **Zostałem(em) poinformowany że po zabiegu Estetycznej Rehabilitacji Twarzy/ Kobido II mogą wystąpić:** zaczerwieniona skóra (nawet do końca dnia), nieduże wybroczyny na skórze (rzadko), miejscowy lekki obrzęk (30 min), miejscowy ból tkanek miękkich (1-3 dni), efekt „pustego woreczka” czyli tymczasowo luźniejszej skóry po drenażu limfatycznym danej strefy (rzadko, przez kilka dni), zawroty głowy (2-3h), ospałość (kilka h).

☐ **Oświadczam, że nie występują u mnie żadne z w/w przeciwwskazań do wykonania zabiegu Terapii Manualnej Twarzy, Szyi i Dekoltu metodą Marie Margo/ Kobido II**

☐ **Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu Estetycznej Rehabilitacji Twarzy metodą Marie Margo/ Kobido II**

☐ **Wypełniając formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji usługi.**

☐ **W przypadku braku zgody na wykonanie zdjęć, nie będzie przysługiwało prawo do złożenia reklamacji na wykonaną usługę.**

☐ **Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą telefoniczną oraz mailową informacji o promocjach (zgoda marketingowa)**

Oświadczam, że Administrator Danych Osobowych, Agnieszka Mołdysz- Manualne Odmładzanie Twarzy, udzielił mi wszystkich informacji wymaganych art. 13 RODO, w szczególności o celach i podstawach przetwarzania oraz przysługujących mi uprawnieniach. Przekazane informacje są dla mnie jasne i zrozumiałe.

Data.....

Podpis.....



ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Udzielam Agnieszka Mołdysz - Manualne Odmładzanie Twarzy z siedzibą 34-300 Żywiec, ul. Pierwogóra 71, nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania.

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Agnieszka Mołdysz - Manualne Odmładzanie Twarzy działalnością i celami projektu - zdjęcia efektów przed i po wykonanym masażu twarzy szyi i dekolту.

Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych oraz że zapoznałem / zapoznałam się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

Data Podpis