

Administratorem danych osobowych jest:

.....

Ma Pan/ Pani prawo dostępu do danych, ich poprawiania, żądania ich usunięcia, a także prawo ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, co do przetwarzania danych osobowych i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi. Ma Pan/ Pani również prawo odwołania zgody na przetwarzanie danych, jednak odwołanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania przed wycofaniem zgody.

Dane będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy o przeprowadzenie zabiegu, w szczególności oceny bezpieczeństwa zabiegu, a także w celu wykazania prawidłowości obowiązków usługodawcy wynikających z umowy o przeprowadzenie zabiegu.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości przeprowadzenia zabiegu.

Podstawą prawną przetwarzania są art. 9 ust. 2 lit. a oraz art. 6 ust. 1 lit. b i f rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO). W

Dane będą przetwarzane przez czas niezbędny do wykonania umowy o przeprowadzenie zabiegu, a po jej zakończeniu przez czas potrzebny na wykazanie prawidłowości wykonania wynikających z niej obowiązków (do upływu terminów wskazanych w przepisach o przedawnieniu roszczeń). W przypadku wyrażenia dobrowolnej i opcjonalnej zgody na przetwarzanie danych, dane będą przetwarzane do czasu cofnięcia takiej zgody. W przypadku wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, dane osobowe będą przetwarzane do czasu uznania takiego sprzeciwu za uzasadniony.

Dane będą przekazywane:

Jeżeli Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie swoich prawnie uzasadnionych interesów, może Pani/Pan zgłosić sprzeciw z przyczyn związanych z Państwa szczególną sytuacją.

IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA

ADRES

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES MAIL

DATA WYKONANIA ZABIEGU

MIEJSCE WYKONANIA ZABIEGU (nazwa, adres)

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie poniższych danych dotyczących mojego stanu zdrowia w celu wykonania zabiegu, w szczególności oceny bezpieczeństwa przeprowadzenia zabiegu.

.....

czytelny podpis klienta imię i nazwisko, data i miejsce

Poddając się zabiegowi z zastosowanie technologii laser diodowy i/lub laser piokosekundowy należy uważnie wypełnić kartę i zapoznać się z nią, a wszelkie pytania i wątpliwości omówić z osobą wykonującą zabieg. Należy pamiętać że zabiegi laserowo mogą wywoływać odczucie dyskomfortu na osobie wykonującej zabieg. Jestem świadomy/a że zabieg niesie ze sobą pewne ryzyko, o którym mowa w karcie. Istnieje ryzyko pojawienia się oparzenia, które może, ale nie musi prowadzić do pojawienia się blizn. Wiem, że może wystąpić tymczasowe zaczerwienienie i podrażnienie, które ustąpić w ciągu kilku dni lub tygodni, ale może również skutkować trwałym uszkodzeniami. Zostałem/Zostałam poinformowany/a, że rezultaty zabiegowe mogą być różne w zależności od klienta. Czasem należy wykonać więcej zabiegów lub połączyć różne terapie kosmetyczne by rezultaty zabiegowe były bardziej satysfakcjonujące dla klienta. Jestem świadoma/świadomy, iż pozytywne efekty zabiegowe będą się pogłębiać z zabiegu na zabieg. Jestem świadom/a, iż należy wykonanie więcej niż jednego zabieg, czyli zabiegi w seriach.

.....

czytelny podpis klienta imię i nazwisko, data i miejsce

INFORMACJE ZDROWOTNE	TAK/NIE	JEŚLI TAK, TO JAKIE?
Czy cierpi PAN/PANI na choroby przewlekłe ogólnoustrojowe?		
Czy zażywa PAN/PANI leki przewlekłe, również te dostępne bez recepty?		
Czy zażywa PAN/PANI suplementy diety?		
Czy jest PANI w ciąży lub karmi piersią?		
Czy cierpi PAN/PANI na choroby przewlekłe skóry?		
Czy zażywa PAN/PANI leki przewlekłe bezpośrednio na skórę, również te dostępne bez recepty?		
Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy stosowane były przez PANA/PANIĄ leki z izotretynoiną?		
Czy ma PAN/PANI skłonność do szybkich podrażnień skórnych?		
Czy cierpi PAN/PANI na alergie (pokarmowe, wziewne, kontaktowe)? Jeśli tak proszę podać czynniki je wywołujące		
Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy był wykonywany na PANU/PANI zabieg chirurgiczny w obrębie strefy planowanego zabiegu?		
Czy w okresie ostatnich 6 miesiącach był wykonywany na PANU/PANI zabieg/ zabiegi wstrzykiwania neurotoksyny botulinowej botoksu w obrębie strefy/stref planowanego zabiegu?		
Czy w okresie ostatnich 24 miesiącach był wykonywany na PANU/PANI zabieg/ zabiegi wypełniaczy naturalnych, syntetyczne np. kwas hialuronowy w obrębie strefy/stref planowanego zabiegu?		
Czy w okresie ostatnich 24 miesiącach był wykonywany na PANU/PANI zabieg/ zabiegi chirurgiczne nici do liftingu w obrębie strefy/stref planowanego zabiegu?		
Czy w okresie ostatnich 3 tygodniach był wykonywany na PANU/PANI zabieg/zabiegi mezoterapii mikroigłowej lub igłowej w obrębie strefy/stref planowanego zabiegu?		
Czy w okresie ostatnich 3 miesiącach był wykonywany na PANU/PANI zabieg/ zabiegi laserowe w obrębie strefy/stref planowanego zabiegu?		
Czy w okresie ostatnich 4 tygodniach był wykonywany na PANU/PANI zabieg/zabiegi z wykorzystaniem peelingów (kwasy) w obrębie strefy/ stref planowanego zabiegu?		

INFORMACJE ZDROWOTNE	TAK/NIE	JEŚLI TAK, TO JAKIE?
Czy ma PAN/PANI skłonność do powstawania opryszczki?		
Czy ma PAN/PANI wszczepy metalowe jak rozrusznik serca lub inne?		
Prosimy o podanie czy Pani jest w ciąży?		
Prosimy o podanie czy Pani karmi piersią?		
Czy choruje PANI/PAN na chorobę nowotworową?		
PROSIMY o podanie innych uwag jakie powinniśmy wiedzieć o stanie PANI/ PANA zdrowia, które są istotne przed wykonaniem zabiegu, a mogą stanowić przeciwskazanie		
Prosimy o podanie wszelkich innych zabiegów jakie były wykonywane, a mogą być ważne w ocenie osoby, która dokonuje oceny czy wykonać zabieg		
Prosimy o podanie wszelkich innych leków jakie Państwo przyjmują, a mogą być ważne w ocenie osoby, która dokonuje oceny czy wykonać zabieg		
Prosimy o podanie wszelkich innych chorób na jakie Państwo chorują, a mogą być ważne w ocenie osoby, która dokonuje oceny czy wykonać zabieg		
PROSIMY o podanie innych uwag, jakie powinniśmy wiedzieć o stanie Państwa zdrowia, które są istotne przed wykonaniem zabiegu, a mogą stanowić przeci- wskazanie		
PROSIMY o podanie innych o ewentualnych innych zabiegach, jakie Państwo wykonywali w ostatnim okresie 6 miesięcy		

.....

czytelny podpis klienta imię i nazwisko, data i miejsce

OPIS WYKONYWANEGO ZABIEGU LASEROWEGO

(należy podać dokładny zabieg i obszar zabiegowy)

.....

.....

.....

PRZECIWWSKAZANIA DO WYKONANIA ZABIEGU

Ciąża, karmienie piersią / alergia / aktywna opryszczka / skłonność do powstawania bliznowców /skłonność do powstawania opryszczki/ choroby bakteryjne, wirusowe, grzybicze i autoimmunologiczne skóry / trądzik w ciężkiej postaci / choroby nowotworowe/udary/wylewy/choroby serca/ w trakcie lub w przebiegu 6 miesięcy zażywane były retinoidy / w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywane były zabiegi chirurgiczne w obrębie strefy zabiegu / botoks wykonywany w ciągu 6 miesięcy /wypełniacze kwas hialuronowy w ciągu 24 miesięcy/ zabieg mezoterapii igłowej w ciągu ostatnich 2 miesiącach/ zabieg mezoterapii igłowej w ciągu 2 miesięcy/ zabiegi laserowe w ciągu ostatnich 3 miesięcy/ zabieg karboksyterapii w ciągu 2 miesięcy/ liczne znamiona melanocytowe / liczne rozszerzone naczynia krwionośne / ciężkie choroby ogólnoustrojowe / stan zapalny/ przebyte operacje w ciągu 6 miesięcy/ świeżo opalona skóra / narażenie na ekspozycję słoneczną / uszkodzenia i podrażnienia skóry / ścięczenie nasłórką / wykonanie w ciągu ostatnich od 6 do 24 miesięcy zabiegów medycyny estetycznej/ zmiany na skórze niewiadomego pochodzenia/skłonność do bliznowców/choroby psychiczne/egzemy/ łuszczenie się skóry/ trądzik/ wypryski/ naczynka/ składniki aktywne w preparatach kosmetycznych/stany zapalne w organizmie/ ciąża/ karmienie piersią/nici do liftingu/choroby nowotworowe/choroby autoimmunologiczne/ peelingi medyczne w tym wszelkie kwasy o różnych stężeniach/ Inne (podać jakie)

.....

.....

ZALECENIA POZABIEGOWE

Stosowanie produktów z linii M'onduniq do pielęgnacji domowej, stanowiących uzupełnienie zabiegu / unikanie ekspozycji na słońcu oraz solarium przez minimum 28 dni / stosowanie foto protekcji o wysokim stopniu ochrony przez minimum 28 dni / niestosowanie dodatkowego złuszczenia (mechanicznego/chemicznego) przez minimum przez minimum 14 dni / niewykonywanie depilacji (wosk/pasta cukrowa/laser) przez minimum 14-28 dni, w zależności od metody / wypoczynek przez 2- do 4 dni po wykonaniu zabiegu/ nie wykonywanie żadnych zabiegów kosmetycznych przez okres minimum 14 dni od zabiegu, o którym mowa w karcie/ nie stosowanie produktów mogących powodować uczulenia/ Inne (podać, jakie)

.....

.....

MOŻLIWE ODCZUCIA W TRAKCIE I PO ZABIEGU

Uczucie (ciepła/pieczenia)/ opuchnięta skóra /możliwy ból głowy po wykonanym zabiegu na twarzy/pojawienie się zmian skórnych jak przebarwień, naczynek, rumienia, odbarwienia/ pojawienie się odczynów skórnych//możliwe miejscowe poparzenie/ siniaki/ krwaki/ skóra zaczerwieniona i podrażniona /skóra napuchnięta i mocno podrażniona/ świąd związany z napięciem skóry (gdyby pojawiła się pokrzywka uczuleniowa, należy zgłosić się do osoby wykonującej zabieg) / tkliwość / opryszczka jeśli klient ma obniżoną odporność lub ma tendencje do powstawania opryszczki. Wszelkie odczucia po wykonanym zabiegu mogą utrzymywać się od 1 do 28 dni w zależności od skóry i typu klienta. Inne (podać, jakie)

.....

.....

EFEKTY NIEPOŻĄDANE PO ZABIEGU

Jak każdy zabieg na żywym organizmie, zabiegi laserowe mogą wywołać efekty niepożądane, związane z reakcją osobniczą – efekty mogą mieć charakter niepożądany trwały lub przemijający/ pojawienie się zmian skórnych/ pojawienie się odczynów skórnych/ skóra z przebarwieniami, zaczerwienieniem, podrażnieniem, naczynekami / utrzymujące się długo zaczerwienienie, opuchnięcie, zaczerwienienie (nawet do 28 dni) / trwałe rozszerzenie naczyń krwionośnych, podrażnienie skóry, świąd (nawet do 28 dni)/ trwałe rozszerzenie naczyń krwionośnych / przebarwienia / odbarwienia / uwrażliwienie skóry/rumień/poparzenie/ inne

.....

.....

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG I OŚWIADCZENIE KLIENTA

Ja, niżej podpisana / podpisany..... wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na zabieg laseroterapii. Uzyskałem / uzyskałam szczegółowe informacje na temat rodzaju i zakresu zabiegu oraz sposobu jego działania i możliwych reakcji niepożądanych, możliwych odczuciach, które mogą się pojawić, ale występują one sporadycznie, a operator wykonujący zabieg posiada stosowną wiedzę i doświadczenie w wykonywaniu tego typu zabiegów. Oświadczam, iż nie mam żadnych przeciwwskazań do zabiegu. Zostałem / zostałam w przystępny dla mnie sposób, niebudzący żadnych wątpliwości poinformowany/a o alternatywnych metodach zabiegowych, sposobie przeprowadzenia zabiegu, typowych, dających się przewidzieć, jak również tych mało prawdopodobnych rzadko zdarzających się następstwach i ewentualnych powikłaniach planowanej czynności, a także o sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu. W pełni zapoznałem/zapoznałam się z przeciwwskazaniami i poinformowano mnie o efektach niepożądanych i odczuciach po zabiegowych. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na zabieg zapoznałem/zapoznałam się z wskazaniami, przeciwwskazaniami, efektami niepożądanymi, możliwymi odczuciami w trakcie i po zabiegu jak również o zaleceniach po zabiegowych. Osoba wykonująca zabieg przeprowadziła ze mną rozmowę dotyczącą planowanego zabiegu. Podczas rozmowy miałem/miałam możliwość zadawania szczegółowych pytań dotyczących zabiegu. Zostałem/zostałam w sposób dla mnie zrozumiały i wyczerpujący poinformowany/poinformowana o:

- ➔ Celach i możliwych (oczekiwanych) efektach zabiegu,
- ➔ Pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatów kosmetycznych, technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- ➔ Następstwach zabiegu i czynnikach ryzyka związanych z zabiegiem,
- ➔ Sposobie przygotowanie się do zabiegu w warunkach domowych oraz informacje na temat preparatów, jakie powinny być zastosowane przed wykonaniem zabiegu i po wykonaniu zabiegu,
- ➔ Czasie utrzymywania się możliwego do osiągnięcia rezultatu,
- ➔ Czasie, po którym może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg,
- ➔ Minimalnej liczbie zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do uzyskania/utrzymania planowanych efektów,
- ➔ Kosztach zabiegu, które w pełni akceptuję.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/udzieliłam wyczerpujących i prawdziwych informacji na pytania zawarte w karcie klienta dotyczącym mojego stanu zdrowia, oraz które osoba wykonująca zabieg zadawała mi w trakcie wywiadu kwalifikującego do zabiegu odnośnie: mojego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii, uczuleń, trwającej terapii chorób przewlekłych, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych chorób, przebytych zabiegów, przebytych urazów. Udzielono mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych i nie stosowania odpowiednich preparatów kosmetycznych po wykonanym zabiegu może wpłynąć negatywnie na planowanych efekt zabiegu.

Poinformowano mnie również, że efekty zabiegu uzależnione są od: mojego wieku, stanu skóry, trybu życia, diety, oraz mojego postępowania i pielęgnacji skóry po zabiegu w warunkach domowych. Poinformowano mnie o tym, że okres gojenia się, efekty zabiegu, jak również czas ich utrzymywania się nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu oraz nie są identyczne w przypadku każdej osoby.

Zrozumiałem/zrozumiałam, że tak jak w przypadku wszystkich procedur kosmetycznych, pozytywne efekty nie są zagwarantowane. Jestem świadomy/świadoma, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między dającym się osiągnąć rezultatem, którego zakres i rodzaj zostały ściśle określone przez osobę wykonującą zabieg, a moimi oczekiwaniami. Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń, w szczególności do stosowania odpowiednich preparatów kosmetycznych, zgłaszania się na kolejne zabiegi i zgłaszania ewentualnych w tym zakresie problemów. Oświadczam, że zatajenie którejkolwiek z informacji w karcie klienta, niestosowanie się do zaleceń po zabiegowych, nie zgłaszanie się na kolejne zabiegi, brak powstrzymania się od wykonania wskazanych czynności traktowane jest, jako przyczynienie się Klienta do powstania szkody w rozumieniu art. 362 kodeksu cywilnego (m.in. w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała, negatywnego lub nie pełnego efektu zabiegowego), za którą osoba wykonująca zabieg lub podmiot nie ponosi odpowiedzialności.

Przekazane mi informacje są dla mnie w pełni jasne i zrozumiałe. W trakcie rozmowy miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Zgadzam się na wykonanie dokumentacji fotograficznej za pomocą środków obraz, dźwięk, video, zdjęcia z zabiegu celem ułatwienia oceny skuteczności terapii z zastrzeżeniem, że moja tożsamość nie zostanie ujawniona. Zostałem/am poinformowany/a że zdjęcia mają charakter anonimowy i są elementem badań klinicznych i mogą zostać wykorzystane w materiałach wskazujących efekty przed i po zabiegu i są elementem naukowym lub edukacyjnym. Potwierdzam, że, akcesoria kosmetyczne i ewentualne urządzenia zostały zdezynfekowane. Oświadczam, że przy podpisaniu tej zgody na zabieg nie jestem pod wpływem alkoholu oraz środków odurzających lub psychoaktywnych. Nie mam więcej pytań, ani żadnych wątpliwości.

.....

czytelny podpis klienta imię i nazwisko, data i miejsce

OSOBA WYKONUJĄCA ZABIEG

Osoba wykonująca zabieg (podać imię i nazwisko) posiada odpowiednią wiedzę, zna wszelkie procedury zabiegowe
(podać, jaki zabieg) jak również przeprowadziła gruntowny wywiad zdrowotny z osobą poddającą się zabiegowi.

.....

Data i podpis CZYTELNY osoby wykonującej zabieg

NOTE: Niniejszy dokument zawiera jedynie propozycję postanowień karty klienta, z której może skorzystać podmiot wykonujący zabieg/zabiegi.

Zastrzega się, iż spółka Dermie Pharm Spółka z siedzibą w Łodzi (91-342), ul. Zbąszyńska 4, adres e-mail kontakt@monduniq.pl, nr tel. +48 577 277 070, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000629927, numer NIP: 7272759145, REGON: 10086686 nie ponosi odpowiedzialności za wykorzystanie w całości lub w części postanowień karty.

Należy pamiętać, że karta klienta jest przygotowana, jako wzór, który powinien być zdaniem spółki Dermie Pharm stosowany przy wykonywaniu każdego zabiegu LASER-IQ, lecz klient powinien zasięgnąć odpowiedniej porady prawnej i przygotować kartę klienta dostosowaną na własne potrzeby i własną specyfikę prowadzonej działalności.

PARAMETRY TECHNICZNE ZABIEGOWE TABELA