



İŞYERİ KAŞESİ

Müşteri Adı - Soyadı :
Uygulama Cinsi :
Tarih :

Sayın Müşterimiz / Vekili / Yasal Temsilcisi ;

İstemiş olduğu (Boya, Renk açma-, Baleyaj Röfle , Manikür Pedikür, Kaş Alımı, Ağda) hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları yada bir kısmını reddetmek , kabul etmek veya yapılacak işlemlerin her hangi bir aşamasında bırakmak , durdurmak hakkına sahiptir. Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge yapılacak uygulamalardan uzak tutmak değil bu uygulamalara rıza gösterip, göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek , onayınızı almak için hazırlanmıştır. Onam kısmında doğru bilgileri vermeniz çok önemlidir. Verdiğiniz bilgi dahilinde işleme başlama kararı alınacaktır. Yanlış bilgi , eksik bilgi dahilinde oluşabilecek sonuçlardan firmamız sorumluluğu kabul etmeyecektir.

	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Hamilelik ve Emzirme Dönemi Var mı ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saçınıza Düzleştiriciyi Hangi Sıklıkta Kullanıyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şeker Hastalığı Var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bizden önce Saçınıza Ne gibi işlem (Boya, Açma) yapıldı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan sulandırıcı kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regli (Adet) Döneminde misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve uzman tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan hizmet ve uygulamalar hakkında bilgi sahibi oldum . Ek başka bir açıklamaya gerek duymadan hiçbir baskı altında kalmadan bilinçli olarak yapılacak hizmeti onaylıyorum.

İşletmenin Notu:

El yazısı ile **OKUDUĞUMU ANLADIM ve KABUL EDİYORUM** yazınız

İşlem sonrasında yapılacak Uygulamalar :

Müşteri Adı - Soyadı :

Tarih :

İmza :

Vekilinin Adı - Soyadı :

Tarih :

İmza :



İŞYERİ KAŞESİ

Müşteri Adı - Soyadı : Uygulama
Cinsi : Tarih
:

Sayın Müşterimiz / Vekili / Yasal Temsilcisi ;

İstemiş olduğum (Dövme, Kalıcı Makyaj, Dövme Silme, Piercing) hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları yada bir kısmını reddetmek , kabul etmek veya yapılacak işlemlerin her hangi bir aşamasında bırakmak , durdurmak hakkına sahipsiniz. Sizden okuyup anlamamanızı istediğimiz bu belge yapılacak uygulamalardan uzak tutmak değil bu uygulamalara rıza gösterip, göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek , onayınızı almak için hazırlanmıştır. Onam kısmında doğru bilgileri vermeniz çok önemlidir. Verdiğiniz bilgi dahilinde işleme başlama kararı alınacaktır. Yanlış bilgi , eksik bilgi dahilinde oluşabilecek sonuçlardan firmamız sorumluluğu kabul etmeyecektir.

	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Hamilelik riskiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HBsAg ,HCV,HIV pozitifliğiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emziriyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regli (Adet) Döneminde misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şeker Hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkol, Sigara, Uyuşturucu Madde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistemik bir enfeksiyonunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lidocaine alerjiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uygulama Alanında enfeksiyonunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsi vb. gibi ataklarınız oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan Sulandırıcı / ilaç aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tansiyon, Kalp problemleriniz var mı ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerrahi Çelik / Titanyum Alerjiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soğutucu sprey / Latex alerjiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İşleme Ait Komplikasyonlar

İşlem sırasında belirtmiş olduğunuz rahatsızlıklarınızın dışında bir komplikasyon görülebilir. Uygulama yapılan bölgede, işlem sırasında beklenmeyen sonuçlar (Kanın sıvı olmasından dolayı yapılan uygulamanın bölgede işlemi engelleyeceğinden dolayı, Panik atak, Tansiyon düşmesi vb.) karşısında uzman işlemleri yarıda kesebilir. Uygulama iyileşme döneminde yapılan işlemlerde vücudun işlemi kabul etmeme, Regl/Adet dönemi, Sivilce Kremi vb. nedenlerden dolayı uygulama alanı reaksiyon verebilir. Uygulama yapılan bölge tedavisinde vermiş olduğumuz tedavi dışındaki uygulamalardan doğacak komplikasyonlar size aittir. Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve uzman tarafından bilgilendirildim. Yapılacak olan hizmet ve uygulamalar hakkında bilgi sahibi oldum . Ek başka bir açıklamaya gerek duymadan hiçbir baskı altında kalmadan bilinçli olarak yapılacak hizmeti onaylıyorum.

İşletmenin Notu:

El yazısı ile **OKUDUĞUMU ANLADIM ve KABUL EDİYORUM** yazınız

İşlem sonrasında yapılacak Uygulamalar :

Müşteri Adı - Soyadı : Vekilinin Adı - Soyadı :
Tarih : Tarih :
İmza : İmza :