Informovaný souhlas pro výkon piercingu v salonu

Piercing-Professional.com (dále jen „salon“)

pro

druh procedury ….............…………………………………………………………….,

jméno zákazníka a datum narození……………………………………………….,

kontaktní údaje (email, mob.telefon)…………………………………………….,

(dále jen zákazník).

Zákazník rozumí a podpisem stvrzuje, že byl seznámen s postupem procedury a souvisejícími riziky. Jedná se zejména o zvýšenou citlivost místa vpichu, bolestivost, otok, krvácení a riziko infekce. Zároveň stvrzuje, že informoval zástupce salonu o veškerých skutečnostech, které vylučují aplikaci piercingu či zvyšují riziko zdravotních komplikací po aplikaci piercingu. Jedná se o:

Kožní onemocnění, ekzémy, hnisavé, lupénka………………….. ANO NE

Alergie na kovy, zejména nerez ……………………….. ………………..ANO NE

Zhoršená srážlivost krve……………………………………. ……………….. ANO NE

Akutní onemocnění snižující obranyschopnost ………………. ……ANO NE

Vážná onemocnění srdce……………………………………………… …… ANO NE

Dále rozumí, že výše uvedený zákrok předpokládá zvýšenou péči o inkriminované místo ze strany zákazníka za podmínek specifikovaných v dokumentu „Péče o nový piercing”, který je přílohou tohoto dokumentu a též dostupný na [www.piercing-professional.com](http://www.saiva.cz/) .

Podpisem zákazníka se rozumí, že zákazník se k zákroku rozhodl dobrovolně a souhlasí s jeho provedením v salonu.

U osob mladších 18let podepíše rodič či zákonný zástupce s uvedením kontaktního tel. čísla.

………………………………………………………………

*Podpis zákazníka či zákonného zástupce*

Datum procedury: