

ANKIETA INFORMACYJNA KLIENTA

Nazwisko i imię.....

Adres.....

Numer telefonu/email.....

WYWIAD

		TAK	NIE
1	Ciąża, karmienie piersią, okres połogu		
2	Choroby nowotworowe, choroby aktywne (aktualna chemioterapia lub radioterapia)		
3	Leczenie hormonalne		
	a. Indywidualna terapia hormonalna		
	b. Leczenie niepłodności		
	c. Leczenie chorób tarczycy (Euthyrox)		
4	Stosowane leki doustne (terapia doustna retinoidami np. Izotek wymaga półrocznej przerwy pomiędzy końcem terapii a pierwszym zabiegiem)		
5	Stosowane leki miejscowe		
	a. Światłoczułające		
	b. Retinoidy		
	c. Antybiotyki stosowane w chwili obecnej		
	d. Aspiryna		
	e. Leki antykoagulacyjne (rozrzedzające krew)		
6	Stosowane kosmetyki		
	a. Krem z Retinolem		
	b. Witamina A, E i C		
	c. Kwasy owocowe		
7	Przyjmowanie środków pochodzenia ziołowego (np. Dziurawiec, Nagietek i inne uczulające, np. Figura oraz leki antydepresyjne ziołowe – wymagają odstawienia na jeden tydzień przed zabiegiem)		
8	Opalenizna		
	a. Ekspozycja na słońcu		
	b. Solarium (cztery tygodnie przed zabiegiem)		

	c. Samoopalacze (cztery tygodnie przed zabiegiem)		
9	Kiedy była ostatnia depilacja woskiem lub pęsetą? (przed zabiegiem nie wolno usuwać włosów pęsetą, woskiem, depilatorem mechanicznym przez okres czterech tygodni w przypadku twarzy i sześć tygodni w innych miejscach na skórze)		
10	Kiedy był wykonany ostatni peeling i jaki rodzaj (preparat o działaniu złuszczącym należy odstawić jeden tydzień wcześniej)?		
11	Skóra ze skłonnością do przebarwień, siniaków		
12	Tatuaże		
13	Bliznowce w wywiadzie		
14	Wypełniacze, botox		
15	Dermatologiczne zmiany skórne		
	a. Bielactwo (przeciwwskazania względne)		
	b. Łuszczyca		
	c. Opryszczka		
	d. Znamiona barwnikowe		
	e. Zmiany zapalne		
16	Reticularis (marmurkowa skóra)		
17	Fotodermatozy (wypryski, przebarwienia po słońcu)		
18	Padaczka (przeciwwskazania względne)		
19	HIV		
20	Odbyte lub planowane operacje chirurgiczne		
21	Uczucie ciężkich nóg (zmiany żyłne)		
22	Uwagi lekarza:		
23	Potwierdzenie kwalifikacji pacjenta do zabiegu		
24	Zakwalifikowany do depilacji obszar		
25	Dane techniczne do depilacji		
26	Informacja dla pacjenta		
27	Przygotowanie do zabiegu/postępowanie po zabiegu		

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am w pełni poinformowany/a przez personel Womenline o procedurze zabiegu, wszystkich czynnościach z nim związanych oraz o ewentualnych skutkach ubocznych, a także powikłaniach. Miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów zabiegu. Otrzymałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Oświadczam niniejszym, że wyrażam zgodę na zabieg epilacji laserowej.

Data...../podpis.....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że na skuteczność depilacji laserowej mają wpływ następujące czynniki: predyspozycje indywidualne (kolor włosów, struktura włosa), predyspozycje genetyczne, gospodarka hormonalna, przestrzeganie terminów między zabiegami.

Data...../podpis.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Womenline, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) w celach prowadzenia moich akt osobowych związanych z wykonywanymi zabiegami oraz w celach kontaktowych ze mną.

Data...../podpis.....

Zgody marketingowe

Czy zgadza się Pani/Pan na przekazywanie jej/mu treści marketingowych przez Womenline za pomocą telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jest Pani/Pan użytkownikiem, w szczególności na podany numer telefonu.

TAK

NIE

Czy zgadza się Pani/Pan na otrzymywanie informacji handlowych dotyczących usług Womenline na wskazany przez Panią/Pana adres e-mail drogą elektroniczną.

TAK

NIE

Przetwarzanie danych dotyczących zdrowia

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie przez Womenline danych dotyczących zdrowia, które przekazała Pani/przekazał Pan nam w wywiadzie medycznym pacjenta w celu świadczenia kompleksowych usług depilacji laserowej, udzielania porad i konsultacji kosmetycznych oraz prowadzenia akt osobowych? Ponieważ dane szczególnych kategorii w tym dane dotyczące zdrowia chronione są szczególnie, musimy prosić Panią/Pana o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić, że zgadza się Pani/Pan, abyśmy przetwarzali dane, o których mowa powyżej

TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane dotyczące zdrowia, w celu powyżej wskazanym

NIE

W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

..... /data i podpis/