

FORMULARZ ZGODY LEKARZA NA MAKIJAŻ PERMANENTNY

Page | 1

Do lekarza prowadzącego_____

Szanowny Doktorze,

Pański Pacjent _____ skontaktował się ze mną w celu wykonania makijażu permanentnego (mikropigmentacji kosmetycznej).

Mikropigmentacja to zaawansowana forma tatuowania, w której pigment 'wszczepia' się w skórę właściwą za pomocą jednorazowych, sterylnych igieł. Zabieg przeprowadzi w pełni wykwalifikowany technik.

Ponieważ mój Pacjent wskazał podczas konsultacji stan zdrowia, który może wykluczać wykonanie zabiegu, uprzejmie prosimy o wyrażenie zgody.

Jeśli uważa Pan/Pani, że zabieg mikropigmentacji nie będzie miał negatywnego wpływu na zdrowie Pana/i Pacjenta, prosimy uzupełnić poniższe dane:

Nazwa Przychodni_____

Adres_____

Imię I nazwisko lekarza prowadzącego_____

Rozumiem, że (imię i nazwisko Pacjenta) _____ jest zainteresowany wykonaniem mikropigmentacji kosmetycznej, będącej formą tatuowania. Wzięłem pod uwagę stan zdrowia mojego Pacjenta i uważam, że zabieg ten nie będzie miał szkodliwego wpływu na jego zdrowie.

.....
Podpis lekarza prowadzącego

.....
Dzisiejsza data

PIECZĄTKA LEKARSKA

(zastrzegamy sobie prawo weryfikacji powyższych danych)