



SOUHLAS SE ZÁKROKEM TETOVÁNÍ/PIERCINGU

INFORMACE O KLIENTOVI A JEHO ZDRAVOTNÍ HISTORII

Za účelem provedení kvalitního a správného tetování/piercingu od vás potřebujeme vyplnit následující dotazník. **Veškeré informace jsou striktně důvěrné.**

OSOBNÍ INFORMACE

Jméno klienta: _____ Datum narození: _____

Bydliště: _____

E-mail: _____ Tel.: _____

Jak jste se o nás dozvěděl/a? _____

Uznávám, že jsem dostal možnost optání na jakýkoliv dotaz ohledně procedury tetování/piercingu, a že mi bylo odpovězeno v plném rozsahu na každý dotaz. Také uznávám, že jsem byl poučen o veškerých náležitostech zmíněných níže a všechny беру na vědomí.

- Pokud můj zdravotní stav bude jakkoliv ovlivňovat hojení tetování/piercingu, okamžitě budu informovat svého tatéra/piercera. Nejsem těhotná ani nekojím a nejsem pod vlivem alkoholu nebo drog.
- Nemám žádnou kožní nemoc jako například: akné, jizvy (keloidní), exém, psoriáza (svrab), pihy, bradavice nebo úžeh v oblasti daného tetování/piercingu, které by mohli bránit zákroku. Pokud mám jakýkoliv typ infekce nebo vyrážky kdekoliv na mém těle, budu informovat svého tatéra/piercera předem.
- Beru na vědomí, že není možné aby zaměstnanci a představitelé tohoto studia mohli určit, zda budu mít alergickou reakci na používaný pigment či proces, při kterém je tetování vykonáno a akceptuji riziko vzniku takové reakce.
- Beru na vědomí, že vznik infekce je vždy možný po obdržení tetování na mém těle. Zejména v případě, že nebudu dodržovat řádnou péči při hojení. Obdržel jsem instrukce následné péče a souhlasím s jejich uplatněním při hojení. Zároveň souhlasím s provedení korekcí, z důvodu zanedbání péče z mé strany, za moje vlastní náklady.
- Uvědomuji si, že mohou existovat rozdíly v barevnosti a tvaru motivu, mezi jakýmkoliv motivem vybraným mnou a po té aplikovaným na moje tělo. Rozumím tomu, že pokud má moje pleť tmavší odstín, tak se barvy nebudou jevit tolik jasné jako na světlé pleti.

- Rozumím tomu, že jakékoliv ošetření pleti, laserové odstranění vlasů, plastická chirurgie nebo nějaké další měnící procedury, mohou vést k nepříznivým změnám mého tetování.
- Beru na vědomí, že tetování/piercing je **permanentní** změna mého vzhledu a uvědomuji si, že daný tetování/piercing nelze v budoucnosti odstranit či změnit. Pokud vím, tak netrpím žádným fyzickým, psychickým ani zdravotním poškozením nebo postižením, které by mohlo mít vliv na můj životní a zdravotní stav v rámci přímého či nepřímého výsledku mého rozhodnutí nechat se tetovat/propíchnout.
- Po konzultaci s tatérem plně souhlasím s motivem, který bude na moje tělo aplikovaný. V případě jakéhokoliv písma na sebe беру zodpovědnost za správnost překladu, gramatiky a seřazení písmen.
- Uznávám, že jsem dovršil/a věku osmnácti let, a že podstoupení tetování/piercingu je čistě moje vlastní rozhodnutí. Souhlasím s aplikací tetování a veškerými postupy a počiny představitelů a zaměstnanců studia, které jsou srozumitelně potřebné k vykonání tetování/piercingu.

Máte některé z těchto onemocnění či zdravotních omezení?

- ♦ HIV/AIDS ♦ Diabetes ♦ Vysoký/nízký tlak ♦ Kožní léze
- ♦ Abnormality srážení krve ♦ Epilepsie

Měl/a jste někdy alergickou reakci na následující?

- ♦ Ořechy ♦ Latex ♦ Lidokain

SOUHLAS SE ZVEŘEJŇOVÁNÍM FOTOGRAFIÍ

Já _____ dávám plnou moc 67 TATTOO SHOP k zveřejňování fotografií spojených s mým tetováním/piercingem v rozsahu, který studio uzná za vhodný. Potvrzuji, že jsem starší osmnácti let a podepsáním této dohody беру na vědomí, že fotografie můžou být sdíleny na internetu, tištěných materiálech i jako elektronické médium. Zároveň souhlasím s tím, že nebudu uplatňovat žádný peněžní nárok proti 67 TATTOO SHOP za použití fotografií.

SOUHLAS S TETOVÁNÍM/PROPÍCHNUTÍM NEZLETILÉ OSOBY

Souhlasím s tím, že moje nezletilé dítě/svěřenec podstoupí zákrok tetování nebo piercingu v 67 TATTOO SHOP a nebudu mít žádné připomínky ani nároky v budoucnosti.

Podpis obou rodičů nebo zákonných zástupců: _____

V Praze, dne: _____ Podpis: _____