

ใบยินยอมไมโครเบลดตึง / PMU

ใบยินยอมโดยสมัครใจสำหรับขั้นตอนไมโครเบลดตึง สักคิ้วถาวร และสักรูปแบบจำหน่าย

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดขั้นตอน

ขั้นตอนที่ร้องขอ *

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ ไมโครเบลดตึง (คิ้วลายเส้นผม) | ☐ คิ้วแบ่ง/โอมเบร่ | ☐ คิ้วรวม (ไมโครเบลดตึง + เงา) |
| ☐ ปัดแก้มริมฝีปาก | ☐ อายไลเนอร์ — บน | ☐ อายไลเนอร์ — ล่าง |
| ☐ เพิ่มเส้นขนตา | ☐ ไมโครพิกเมนต์ทึบหนังศีรษะ | ☐ แต่งแต้ม / เพิ่มสีสัน |

การคัดกรองสุขภาพ

คุณกำลังตั้งครรภ์หรือให้นมลูกอยู่หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณกำลังใช้ยาลดแข็งตัวของเลือด แอสไพรินหรือน้ำมันปลาอยู่หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณใช้ Accutane ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีสภาวะใดต่อไปนี้หรือไม่?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ เบาหวาน | ☐ โรคลมชัก | ☐ HIV หรือตับอักเสบ |
| ☐ แผลเป็นเซลล์อยด์ | ☐ โรคภูมิคุ้มกันตัวเอง | ☐ โรคเลือดไม่เป็นสีม |
| ☐ ฝิ่นไข้ / Herpes simplex | ☐ การรักษามะเร็ง | ☐ ไม่มีข้างต้น |

คุณทำสักคิ้วถาวรมาแล้วหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

ถ้าใช่ โปรดอธิบาย

คุณมีภูมิแพ้ต่อสีย้อม สีดโดคาอิน หรือยางครั้งแรกที่ทราบหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

ถ้าใช่ โปรดอธิบาย

ความเสี่ยงและการดูแลหลังเสร็จ

ข้อมูลสำคัญ:

สัปดาห์การเป็นรูปแบบของการสักรูปแบบจำหน่าย สีย้อมถูกปลูกเข้าไปในเดอร์มิสชั้นบน

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น:

- การติดเชื้อ บวมและredness
- ปฏิกิริยาแพ้ต่อสีย้อม
- สีไม่เท่ากัน ไม่สมมาตร หรือการเคลื่อนที่ของสีย้อม
- แผลเป็นหรือการเกิดแผลลอยด์
- สีจาง หรือเปลี่ยนไปตามเวลา
- ภาวะแทรกซ้อน MRI (หายาก)

สิ่งที่ต้องคาดหวัง:

- สีจะปรากฏเข้มข้น 40-60% ทันทีหลังขั้นตอน
- การหายตัวใช้เวลา 4-6 สัปดาห์ สีสุดท้ายปรากฏขึ้นหลังจากการหายตัวเสร็จสิ้น
- โดยปกติต้องแต่งแต้มใหม่ 6-8 สัปดาห์หลังจากขั้นตอนเริ่มแรก

การดูแลหลังเสร็จ:

- เก็บบริเวณให้สะอาดและแห้งเป็นเวลา 10 วัน
- อย่าดึง ขูด หรือเสียดผิวที่ลอก
- หลีกเลี่ยงแดด การว่ายน้ำ ห้องอบไอน้ำ และเหงื่อเป็นเวลา 10-14 วัน
- อย่าใส่เครื่องสำอางในบริเวณที่ทำการบำรุงเป็นเวลา 10 วัน
- ทาครีมบำรุงหลังเสร็จตามที่ระบุ

ฉันเข้าใจว่าสัปดาห์การเป็นกระบวนการสักรูปแบบ ผลลัพธ์ไม่แน่นอน 100% และอาจต้องแต่งแต้มใหม่ ฉันยอมรับความเสี่ยง

ฉันเข้าใจว่าสัปดาห์การเป็นกระบวนการสักรูปแบบ: _____

บันทึกบริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	บริเวณ	สีย้อม / หมายเลขชุด	เข็ม / ใบมีด
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				
รายการ 4				

ยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมเข้ารับขั้นตอนสักคิวอาร์ตามท่ืออธิบายไว้ข้างต้น ฉันเข้าใจว่านี้เป็นกระบวนการสักรูปแบบท่ีมีความเสี่ยงโดยธรรมชาติ
ฉันได้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพท้งหมดและยอมรับความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลหลังเสร็จ
ฉันปล่อยให้ผู้ให้บริการปลอดจากความรับผิดชอบ

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมโดยสมัครใจ

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รองเตือนข้อห้าม
และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้ท่ี <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพท่ีได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ