

Έντυπο Συναίνεσης & Απαλλαγής Ευθύνης Τατουάζ/Piercing

Περιεκτική συναίνεση και απαλλαγή ευθύνης για υπηρεσίες τατουάζ και piercing, συμπεριλαμβανομένης της επαλήθευσης ηλικίας και του ελέγχου υγείας

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Πληροφορίες Υπηρεσίας

Τύπος Υπηρεσίας *

☐ Τατουάζ

☐ Piercing Σώματος

☐ Τατουάζ & Piercing

☐ Αναπαλαίωση/Κάλυψη Τατουάζ

Περιγραφή Υπηρεσίας *

Όνομα Καλλιτέχνη/Piercer

Επαλήθευση Ηλικίας

Πρέπει να είστε τουλάχιστον 18 ετών για να λάβετε υπηρεσίες τατουάζ ή piercing. Απαιτείται έγκυρη ταυτότητα με φωτογραφία που εκδίδεται από το κράτος. Εάν είστε κάτω των 18 ετών, ένας γονέας ή νόμιμος κηδεμόνος πρέπει να είναι παρών και να υπογράψει το Ένορκη Δήλωση Συναίνεσης Ανηλίκου/Γονέα.

Επιβεβαιώνω ότι είμαι τουλάχιστον 18 ετών *

☐ Ναι, είμαι 18 ή μεγαλύτερος

☐ Είμαι κάτω των 18 και ο γονέας/κηδεμόνας μου είναι παρών

Τύπος Κρατικής Ταυτότητας *

☐ Άδεια Οδήγησης

☐ Ταυτότητα Πολιτείας

☐ Διαβατήριο

☐ Στρατιωτική Ταυτότητα

Τελευταία 4 ψηφία αριθμού ταυτότητας *

Έλεγχος Υγείας & Ασφάλειας

Είστε αυτή τη στιγμή υπό την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών; *

☐ Όχι, είμαι νηφάλιος ☐ Ναι

Σημαντικό: Δεν μπορούμε να παρέχουμε υπηρεσίες σε άτομα που είναι υπό την επίδραση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Αυτό είναι για την ασφάλειά σας και για να διασφαλίσουμε τα καλύτερα αποτελέσματα.

Έχετε κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις;

- | | |
|---|---|
| ☐ Αιμοφιλία ή διαταραχή πήξης | ☐ Διαβήτης |
| ☐ Επιληψία ή διαταραχή σπασμών | ☐ Καρδιακή πάθηση |
| ☐ HIV, Ηπατίτιδα Β ή C | ☐ Δερματική νόσος (έκζεμα, ψωρίαση, δερματίτιδα) |
| ☐ Ιστορικό σχηματισμού κελοειδών ουλών | ☐ Προκειμένου να είναι έγκυος ή να θηλάζει |
| ☐ Διαταραχή ανοσοποιητικού συστήματος | ☐ Κανένα από τα παραπάνω |

Αναφέρετε τυχόν γνωστές αλλεργίες (latex, μέταλλα, χρώματα, τοπικά αναισθητικά) *

Λαμβάνετε αυτή τη στιγμή κάποια φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων αντιπηκτικών);

Απαλλαγή Ευθύνης

Αναγνωρίσεις και Απαλλαγή Ευθύνης:

1. Καταλαβαίνω ότι το τατουάζ και το piercing περιλαμβάνουν τη διάτρηση του δέρματος με βελόνες, που ενέχει εγγενείς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιορισμένων σε: λοίμωξη, σηψιγονία, σχηματισμό κελοειδών, αλλεργική αντίδραση, βλάβη νευρών και παρατεταμένη θεραπεία.
2. Επιβεβαιώνω ότι το studio έχει εξηγήσει τη διαδικασία, τους κινδύνους και τη φροντίδα μετά τη θεραπεία προς ικανοποίησή μου.
3. Καταλαβαίνω ότι το studio χρησιμοποιεί στείρες, μίας χρήσης βελόνες και τηρεί όλους τους ισχύοντες κανονισμούς υγείας και ασφάλειας.
4. Δέχομαι ότι το τελικό αποτέλεσμα ενός τατουάζ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του τύπου δέρματος, της συμμόρφωσης με τη φροντίδα μετά τη θεραπεία, της έκθεσης στον ήλιο και του φυσικού γήρατος.
5. Καταλαβαίνω ότι το κόσμημα piercing δεν πρέπει να αφαιρείται κατά την περίοδο θεραπείας και ότι η αφαίρεσή του μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το κλείσιμο του piercing.
6. Συμφωνώ να ακολουθώ όλες τις οδηγίες φροντίδας μετά τη θεραπεία που παρέχονται.
7. Αναγνωρίζω ότι οι αναπαλαιώσεις υπόκεινται στην πολιτική αναπαλαίωσης του studio.
8. Απαλλάσσω το studio, τους καλλιτέχνες του και τους υπαλλήλους από κάθε αξίωση, ζημιά ή ευθύνη που προκύπτει από τις υπηρεσίες που παρασχέθηκαν σήμερα.

Έχω διαβάσει την απαλλαγή ευθύνης εξ ολοκλήρου και συμφωνώ εκούσια με τους όρους της. Κατανοώ τους κινδύνους που σχετίζονται με την υπηρεσία που λαμβάνω.

Έχω διαβάσει και συμφωνώ με την απαλλαγή ευθύνης: _____

Αρχείο Υπηρεσίας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Μελάνι / Lot #	Βελόνα
Καταχώριση 1				
Καταχώριση 2				
Καταχώριση 3				
Καταχώριση 4				
Καταχώριση 5				
Καταχώριση 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Υπογράφοντας παρακάτω, βεβαιώνω ότι είμαι ενήλικος (ή συνοδεύομαι από γονέα/κηδεμόνα), δεν είμαι υπό την επίδραση ναρκωτικών ή αλκοόλ, έχω αποκαλύψει όλες τις σχετικές καταστάσεις υγείας και συναινώ εκούσια με την υπηρεσία τατουάζ/piercing που περιγράφεται παραπάνω. Αποδέχομαι πλήρη ευθύνη για την απόφασή μου και απαλλάσσω το studio από ευθύνη.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη δική μου ενημερωμένη συναίνεση.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.