

# Tetoviranje/Piercing Suglasnost i Oslobađanje Odgovornosti

Sveobuhvatna suglasnost i oslobađanje od odgovornosti za usluge tetovanja i piercinga uključujući provjeru dobi i zdravstveni pregled

## Informacije o Klijentu

Ime \*

Prezime \*

Adresa E-pošte \*

Telefonski Broj \*

Datum Rođenja \*

ÉÉÉÉ / HH / NN

## Informacije o Usluzi

Vrsta Usluge \*

☐ Tetovanje

☐ Piercing Tijela

☐ Tetovanje i Piercing

☐ Retuširanje Tetovanja / Prekrivanje

Opis Usluge \*

Ime Художника/Piercera

## Provjera Dobi

Morate biti stari najmanje 18 godina da biste primili usluge tetovanja ili piercinga. Potrebna je valjana službena ličana iskaznica sa fotografijom. Ako ste mlađu od 18 godina, roditelj ili zakonski skrbnik mora biti prisutan i potpisati Afidavit suglasnosti za maloljetnika/roditelja.

Potvrđujem da sam stari najmanje 18 godina \*

☐ Da, imam 18 ili više godina

☐ Imam manje od 18 godina i moj roditelj/skrbnik je prisutan

Vrsta Službene Ličane Iskaznice \*

☐ Vozačka Dozvola

☐ Osobna Iskaznica

☐ Putna Dozvola

☐ Vojna Iskaznica

Posljednje 4 Znamenke Broja Iskaznice \*

## Zdravstveni i Sigurnosni Pregled

Jeste li trenutno pod utjecajem alkohola ili droga? \*

☐ Ne, trezvan sam ☐ Da

Važno: Nismo u mogućnosti pružiti nikakve usluge osobama koje su pod utjecajem alkohola ili droga. Ovo je za vašu sigurnost i osiguranje najboljih rezultata.

Imate li bilo koji od sljedećih stanja?

- |                                                              |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemofilija ili poremećaj zgušavanja | <input type="checkbox"/> Dijabetes                                  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsija ili poremećaj napadaja   | <input type="checkbox"/> Srčana bolest                              |
| <input type="checkbox"/> HIV, Hepatitis B ili C              | <input type="checkbox"/> Bolest kože (ekcem, psorijaza, dermatitis) |
| <input type="checkbox"/> Povratak keloidnih ožiljaka         | <input type="checkbox"/> Trenutno trudna ili dojim                  |
| <input type="checkbox"/> Poremećaj imunog sustava            | <input type="checkbox"/> Ništa od navedenog                         |

Navedite sve poznate alergije (lateks, metali, boje, topikalnih anestetika) \*

Trenutno uzimate li bilo koje lijekove (uključujući antikoagulanse)?

## Oslobađanje od Odgovornosti

**Priznanica i Oslobađanje od Odgovornosti:**

1. Razumijem da tetovanje i piercing uključuju prodiranje kože iglama, što nosi inherentne rizike uključujući ali ne ograničujući se na: infekciju, ožiljke, nastanak keloidea, alergijsku reakciju, oštećenje živaca i produljeno cijeljenje.
2. Potvrđujem da je studio objasnio postupak, rizike i njegu nakon tretmana na moju zadovoljstvo.
3. Razumijem da studio koristi sterilne, jednokratne igle i slijedi sve primjenjive zdravstvene i sigurnosne propise.
4. Pripisujem da konačni rezultat tetovanja ovisi o mnogim čimbenicima uključujući vrstu kože, pridržavanje njege nakon tretmana, izlaganje suncu i prirodnog starenja.
5. Razumijem da se piercing nakitu ne smije uklanjati tijekom razdoblja cijeljenja i da bi to moglo rezultirati zatvaranjem piercinga.
6. Slažem se da ću slijediti sve upute za njegu nakon tretmana.
7. Priznajem da su dorađivanja predmet politici dorađivanja studija.
8. Oslobađam studio, njegove umjetnike i zaposlene od svih zahtjeva, šteta ili odgovornosti koja proizlaze iz usluga pruženih danas.

Pročitao sam u potpunosti oslobađanje od odgovornosti i dobrovoljno se slažem s njegovim uvjetima. Razumijem rizike povezane s uslugom koju primam.

Pročitao sam i slažem se s oslobađanjem od odgovornosti: \_\_\_\_\_

**Dnevnik Usluge**

Csak belső használatra

|        | Datum | Područje | Tinta / Lot # | Igla |
|--------|-------|----------|---------------|------|
| Unos 1 |       |          |               |      |
| Unos 2 |       |          |               |      |
| Unos 3 |       |          |               |      |
| Unos 4 |       |          |               |      |
| Unos 5 |       |          |               |      |
| Unos 6 |       |          |               |      |

**Suglasnost i Potpis**

Potpisujući dolje, potvrđujem da sam punoljetna osoba (ili u pratnji roditelja/skrbnika), da nisam pod utjecajem droga ili alkohola, da sam otkrio sve relevantne zdravstvene stanja i da dobrovoljno pristajem usluzi tetovanja/piercinga opisanu gore. Pripisujem punu odgovornost za svoju odluku i oslobađam studio od odgovornosti.

Potvrđujem da sam pročitao i razumio gornje informacije i dajem svoj informirani pristanak.

Pročitao sam i razumijem gornje informacije: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Potpis

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Nyomtatott név

Datum \*

\_\_\_\_\_  
ÉÉÉÉ / HH / NN

### Ezt az űrlapot a Consentify ingyenesen biztosította

A Consentify az ehhez hasonló formákat digitális beleegyezésekké alakítja, amelyeket az ügyfelek QR-kód segítségével saját telefonjukon írnak alá — automatikus PDF-ekkel, kontraindikáció jelzésekkel és titkosított tárolással. Ingyenes csomag elérhető a <https://getconsentify.com> webhelyen.

Csak sablon. Használat előtt tekintse át saját szakképzett szakemberével vagy jogi tanácsadóval; a követelmények joghatóság és gyakorlat szerint változnak.