

FORMULARZ PIERWSZEJ WIZYTY – DEPIŁACJA LASEROWA –

LASER DIODOWY MEDILASE PRO

bye bye hair
DEPIŁACJA
LASEROWA

1. Dane Klienta/Klientki

Imię i nazwisko Klienta/Klientki: _____ **Telefon:** _____

E-mail: _____ **Data urodzenia:** _____

Partie ciała poddawane zabiegowi: _____

2. Informacja o charakterze usługi

Usługi wykonywane w **BYE BYE HAIR Depilacja Laserowa** mają charakter kosmetyczny/estetyczny. Zabieg polega na redukcji niechcianego owłosienia przy użyciu urządzenia laserowego dopuszczonego do użytku zgodnie z instrukcją producenta i nie stanowi świadczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r., poz. 156) oraz procedury leczniczej. Zabieg epilacji laserowej zwany zamiennie „depilacja laserową” wykorzystuje energię światła emitowanego przez urządzenie laserowe, czyli źródło światła o parametrach dobranych do rodzaju skóry i włosów, w celu trwałego osłabienia wzrostu włosów. Zabieg jest uznawany za bezpieczny, jednak, jak każdy zabieg o charakterze kosmetycznym/estetycznym, może wiązać się z wystąpieniem określonych ryzyk oraz reakcji niepożądanych.

Zabieg wykonywany jest urządzeniem: MEDILASE PRO, laser diodowy, certyfikat CE nr Q5 004064 0003.

Zakres usługi nie obejmuje: diagnozowania, leczenia ani zapobiegania chorobom skóry lub innym schorzeniom; porady medycznej ani konsultacji dermatologicznej; oceny ogólnego stanu zdrowia klienta/klientki. Zabieg nie zastępuje także wizyty lekarskiej. W przypadku schorzeń dermatologicznych lub wątpliwości co do ogólnego stanu zdrowia, chorób skóry lub przyjmowanych leków, zalecamy konsultację z lekarzem, przed zabiegiem epilacji laserowej.

Przed podjęciem decyzji o zabiegu laserowym informujemy, że dostępne są alternatywne metody redukcji owłosienia, takie jak: golenie, depilacja woskiem, depilacja cukrowa, kremy depilujące, elektroliza, depilatory mechaniczne.

3. Skuteczność i efekty zabiegu

Epilacja laserowa jest metodą o wysokiej skuteczności klinicznej. Jednak salon nie gwarantuje osiągnięcia konkretnego efektu w określonej liczbie zabiegów. Wynika to z indywidualnych czynników biologicznych niezależnych od wykonawcy.

W szczególności:

- laser działa poprzez selektywne pochłanianie światła przez barwnik (melaninę), a im większy kontrast między kolorem włosów a kolorem skóry, tym zabieg jest skuteczniejszy i bezpieczniejszy;
- zabieg wymaga zazwyczaj wykonania serii 10 - 12 zabiegów, jest to jednak kwestia indywidualna, a liczba ta może być wyższa, gdyż włosy będące w fazie spoczynkowej (telogen) nie reagują na laser, stąd w celu zachowania najlepszych efektów zabiegu zaleca się większą ilość zabiegów;
- zmiany hormonalne zachodzące w organizmie oraz zaburzenia hormonalne mogą powodować odrost włosów po zakończonej serii;
- podczas długotrwałej depilacji mogą pojawiać się nowe, młode włosy, co stanowi naturalny proces biologiczny, niezależny od prawidłowo wykonanych zabiegów;
- melanina zawarta w skórze i we włosach ma kluczowe znaczenie przy zabiegu depilacji laserowej – **jednym z najkorzystniejszych fototypów skóry jeśli chodzi o skuteczność depilacji laserowej jest FOTOTYP III** (skóra jasna do lekko śniadej, włosy ciemny blond/ brąz) oraz FOTOTYPÓW IV (skóra lekko śniada i śniada, włosy brąz/ ciemny brąz) – pełen opis fototypów skóry człowieka znajduje się w Regulaminie świadczeń usług depilacji laserowej BYE BYE HAIR dostępnym w salonie w formie papierowej oraz na stronie internetowej pod adresem <https://depilacjalaserowa-byebyehair.pl/regulaminalonubyebyehair/>

4. Możliwe reakcje skóry po zabiegu

Reakcje częste i przemijające (normalna reakcja)	Reakcje rzadsze, wymagające pielęgnacji pozabiegowej:	Reakcje rzadkie, ale możliwe (w wyjątkowych sytuacjach):	Ryzyko związane z nieprzestrzeganiem zaleceń
- zaczerwienienie skóry (rumień) - ustępuje w ciągu kilku godzin, - uczucie ciepła lub pieczenia - lekki obrzęk okolicy zabiegowej - nadwrażliwość skóry przez kilka dni, - delikatne łuszczenie się naskórka	- świąd - drobne strupki lub pęcherzyki, - przejściowe przesuszenie skóry, - tymczasowe przebarwienia lub odbarwienia, - miejscowe podrażnienie	- oparzenia skóry, - przebarwienia (hiperpigmentacja) lub odbarwienia (hipopigmentacja), przedłużający się rumień lub obrzęk (może utrzymywać się nawet do kilku tygodni) - reakcje alergiczne np. na kosmetyki stosowane przed i po zabiegu, - nasilenie zmian skórnych przy istniejących,	- podrażnienia skóry, - przebarwienia skóry, - oparzenia skóry, - infekcje skóry,
Objawy te zazwyczaj ustępują samoistnie w ciągu kilku godzin do maksymalnie 2–3 dni po zabiegu.	Reakcje te zwykle mają charakter przejściowy i ustępują przy prawidłowej pielęgnacji pozabiegowej	Ryzyko tych reakcji wzrasta w przypadku nieprzestrzegania zaleceń pozabiegowych, opalania skóry, stosowania leków fotouczulających lub zatajenia przeciwwskazań zdrowotnych.	Reakcje te zwykle mają charakter przejściowy i ustępują przy prawidłowej pielęgnacji pozabiegowej

Skontaktuj się niezwłocznie z salonem lub lekarzem, jeśli wystąpią u Ciebie: pęcherze lub silne oparzenie w miejscu zabiegu; silny ból nieustępujący po 24 h; oznaki infekcji (narastające zaczerwienienie po 48 h, wydzielina, gorączka); reakcja alergiczna - pokrzywka, obrzęk wykraczający poza miejsce zabiegu.

5. Przeciwwskazania do zabiegu – samodzielna ocena Klienta

Ważne: Prosimy o samodzielną i świadomą ocenę, czy poniższe okoliczności Pani/Pana dotyczą, gdyż mogą mieć one wpływ na **bezpieczeństwo** oraz **skuteczność** zabiegu. Nie należy zaznaczać ani ujawniać, które z wymienionych pozycji Pani/Pana dotyczą, gdyż lista ma charakter informacyjny (pomocniczy). W razie wątpliwości zalecamy konsultację z lekarzem przed zabiegiem.

I. Przeciwwskazania BEZWZGLĘDNE [zabiegu nie wykonuje się]

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">– ciąża i laktacja– padaczka– nowotwory (w trakcie leczenia lub do 5 lat od zakończenia, bez pisemnej zgody lekarza)– aktywne infekcje bakteryjne, wirusowe lub grzybicze skóry w miejscu zabiegu– przerwana ciągłość skóry (rany, otarcia, oparzenia)– świeże blizny (do 6 miesięcy)– aktywna opryszczka w miejscu zabiegowym– nieuregulowane ciśnienie– żółtaczka– niezdiagnozowane pieprzyki o niejednorodnym zabarwieniu lub kształcie | <ul style="list-style-type: none">– fotodermatozy i uczulenie na światło– choroby skóry o charakterze zapalnym w fazie aktywnej (łuszczyca, AZS, bielactwo)– doustne retinoidy (np. izotretynoina) do 6–12 mies. po zakończeniu terapii– implanty elektroniczne i metalowe (rozrusznik serca), w zależności od obszaru– niewyrównana cukrzyca– skłonność do bliznowców (keloidów)– intensywna opalenizna– brodawki, włókniaki, naczyniaki w miejscu zabiegowym– nieregularne znamiona w miejscu zabiegowym |
|---|--|

☐ TAK ☐ NIE **Potwierdzam, że zapoznałam/em się z ogólnymi przeciwwskazaniami bezwzględnymi (pkt 5.I) i żadna z wymienionych okoliczności mnie nie dotyczy.**

II. Przeciwwskazania BEZWZGLĘDNE farmakologiczne

= **Leki i substancje światłouczulające** (pełna lista nazw substancji fotouczulających dostępna jest w salonie)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">– antybiotyki zawierających substancje fotouczulające tj. np. tetracykliny, sulfonamidy, (minimalna przerwa od odstawienia to 14 dni)– leki hormonalne zawierające subst. światłouczulające– doustne i miejscowe retinoidy (np. IZOTEK)– leki przeciwdepresyjne i psychotropowe zawierające substancje światłouczulające– suplementy i zioła fotouczulające – np. dziurawiec, nagietek, rumianek, pokrzywa, skrzyp polny – stosowanie dużych ilości na 7 dni przed zabiegiem | <ul style="list-style-type: none">– leki przeciwzapalne i przeciwbólowe (np. Ketonal, Furosemid, Aspiryna, Voltaren lub duże dawki Ibuprofenu – do 48h przed zabiegiem)– leki przeciwgrzybicze zawierające substancje światłouczulające– sterydy zawierające substancje światłouczulające– leki przeciwzakrzepowe zawierające substancje światłouczulające |
|--|---|

☐ TAK ☐ NIE **Potwierdzam, że zapoznałam/em się z lekami i substancjami światłouczulającymi (pkt 5.II) i żadna z wymienionych okoliczności mnie nie dotyczy.**

III. Przeciwwskazania CZASOWE [zabieg możliwy po upływie wskazanego czasu]

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">– świeża, lekka opalenizna = także z solarium (do 2 tygodni)– samoopalacze (do 2 tygodni)– peelingi chemiczne, laserowe lub mechaniczne w obszarze (do 4 tygodni)– zabiegi medycyny estetycznej w obszarze zabiegowym | <ul style="list-style-type: none">– depilacja woskiem, pęsetą, depilatorem (do 4 tygodni)– niedawne tatuaże w miejscu zabiegowym (min. 6 miesięcy)– świeże makijaże permanentne w miejscu zabiegowym– zabiegi chirurgiczne w miejscu zabiegowym (do pełnego wygojenia) |
|--|---|

☐ TAK ☐ NIE **Potwierdzam, że zapoznałam/em się z przeciwwskazaniami czasowymi (pkt 5.III) i żadna z wymienionych okoliczności mnie nie dotyczy.**

IV. Przeciwwskazania WZGLĘDNE

Choroby przewlekłe i inne stany wymagające indywidualnej oceny lub konsultacji z lekarzem przed zabiegiem – Proszę skonsultować się z lekarzem przed przystąpieniem do zabiegu czy można wykonać zabieg.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">– cukrzyca– choroby tarczycy– choroby autoimmunologiczne– choroby układu krążenia– choroby krwi i zaburzenia krzepnięcia | <ul style="list-style-type: none">– niedobory odporności– choroby neurologiczne– choroby wątroby i nerek– zaburzenia hormonalne– skłonność do przebarwień pozapalnych |
|--|---|

☐ TAK ☐ NIE **Potwierdzam, że zapoznałam/em się z chorobami przewlekłymi i innymi stanami (pkt 5.III) i żadna z wymienionych okoliczności mnie nie dotyczy lub otrzymałam/em zgodę lekarza na wykonanie zabiegu depilacji laserowej i zobowiązuje się do poinformowania o fakcie uzyskania takiej zgody personel salonu podczas wywiadu kosmetycznego przed przystąpieniem do zabiegu.**

V. Przeciwwskazania WZGLĘDNE

Inne okoliczności wymagające indywidualnej oceny

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">– bardzo niski próg bólu– brak możliwości stosowania się do zaleceń pozabiegowych– trądzik zapalny, trądzik różowaty– liczne znamiona barwnikowe w miejscu zabiegowym | <ul style="list-style-type: none">– wcześniejsze niepożądane reakcje po depilacji laserowej– nierealistyczne oczekiwania co do efektów zabiegu– spożywanie alkoholu do 24h przed zabiegiem– bardzo sucha, podrażniona lub nadwrażliwa skóra– przebarwienia, ostuda, tatuaże w obszarze zabiegu |
|--|--|

☐ TAK ☐ NIE **Potwierdzam, że zapoznałam/em się z innymi okolicznościami wymagającymi indywidualnej oceny (pkt 5.V) i żadna z wymienionych okoliczności mnie nie dotyczy lub zobowiązuje się do poinformowania personelu salonu o wszelkich okolicznościach u mnie występujących podczas wywiadu kosmetycznego przed przystąpieniem do zabiegu.**

Czytelny podpis klienta/klientki: _____ Data: _____

MIEJSCE NA PYTANIA / NOTATKI KLIENTA/KLIENTKI (INFORMACJE DLA PERSONELU SALONU BYE BYE HAIR):

Czy posiada Pan/Pani TATUAŻE ? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, to w jakim miejscu na ciele? _____

6. Dokumentacja fotograficzna

Cel wewnętrzny (dokumentacja przebiegu usługi)

Salon wykonuje dokumentację fotograficzną stanu skóry przed zabiegiem i po serii zabiegów w celu kontroli efektów i ewentualnej obrony przed roszczeniami. Przetwarzanie w tym celu odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i f RODO i **nie wymaga odrębnej zgody klienta**.

Cel promocyjny — dobrowolny:

☐ **ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU W CELACH PROMOCYJNYCH (dobrowolna - zaznacz, jeśli wyrażasz zgodę)** Wyrażam dobrowolną zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego w dokumentacji fotograficznej przez **BYE BYE HAIR Depilacja Laserowa** w celach marketingowych i promocyjnych, w szczególności poprzez publikację w mediach społecznościowych i na stronie internetowej salonu. Zgodę mogę cofnąć w dowolnym momencie, kierując wiadomość na adres: biuro.byebyehair@gmail.com. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

Czytelny podpis klienta/klientki: _____ Data: _____

7. Kontakt i zgody marketingowe

W celu potwierdzenia i przypominania terminów zabiegów salon może kontaktować się telefonicznie lub SMS-em, na podstawie zawartej umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), bez konieczności odrębnej zgody. Zgodę mogę cofnąć w dowolnym momencie na adres: biuro.byebyehair@gmail.com

Poniższe zgody są dobrowolne, a odmowa ich udzielenia nie wpływa na możliwość korzystania z usług salonu.

☐ **TAK** ☐ **NIE** MARKETING SMS/MMS: wyrażam zgodę na przysyłanie informacji handlowych dotyczących usług i promocji BYE BYE HAIR za pomocą SMS/MMS na podany numer telefonu.

☐ **TAK** ☐ **NIE** MARKETING E-MAIL: wyrażam zgodę na przysyłanie informacji handlowych dotyczących usług i promocji BYE BYE HAIR na podany adres e-mail

Czytelny podpis klienta/klientki: _____ Data: _____

8. Przetwarzanie danych osobowych

Administratorami Pani/Pana danych osobowych są: **DERMA REVITAL JULIA SOKOŁOWSKA**, NIP 7343347511, ul. Grunwaldzka 62 lok. 12, 33-300 Nowy Sącz; oraz **DEPILACJA LASEROWA J. Sokołowska, G. Kut Flubacher s.c.**, NIP 7343624270, ul. Grunwaldzkiej 62/12, 33-300 Nowy Sącz (dalej łącznie: „Administratorzy”).

Administratorzy zawarli między sobą uzgodnienia dotyczące podziału obowiązków wynikających z RODO (art. 26 RODO¹). Administratorzy zawarli między sobą umowę o współadministrowaniu. Zasadnicza treść uzgodnień: podmiot DERMA REVITAL JULIA SOKOŁOWSKA odpowiada za realizację praw osób, których dane dotyczą (w tym obsługę wniosków), natomiast oba podmioty wspólnie zapewniają bezpieczeństwo systemów informatycznych wykorzystywanych w salonie.

Punkt kontaktowy w sprawach ochrony danych: biuro.byebyehair@gmail.com, +48 573 663 797.

Dane osobowe przetwarzane są w następujących celach i na następujących podstawach prawnych:

- **realizacja umowy o świadczenie usług** (rezerwacja tj. potwierdzanie, przypominanie i zmiana terminów zabiegów, wykonanie zabiegu, dokumentacja) - art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
- **dane dotyczące stanu zdrowia** w celu oceny przeciwwskazań - art. 9 ust. 2 lit. a RODO (zgoda) i art. 9 ust. 2 lit. f RODO (obrona roszczeń);
- **obowiązki prawne** (rachunkowe, podatkowe) - art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
- **prawnie uzasadniony interes** (obrona roszczeń) - art. 6 ust. 1 lit. f RODO;
- **marketing bezpośredni** własnych usług (SMS/MMS, e-mail, kontakt telefoniczny) - art. 6 ust. 1 lit. a RODO (zgoda); w zakresie komunikacji elektronicznej i telefonicznej - także **art. 10 ustawy z dnia 12 lipca 2024 r. - Prawo komunikacji elektronicznej** w zw. z **art. 18 ust. 4 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną** - wyłącznie wobec osób, które wyraziły odpowiednią zgodę w pkt 7.

ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH, które możemy przetwarzać:

- Imię, nazwisko, data urodzenia;
- dane kontaktowe (telefon, e-mail);
- informacje o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

Dane przechowywane są przez **5 lat od daty ostatniego zabiegu**, a w przypadku roszczeń - do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.

Odbiorcami danych mogą być podmioty świadczące obsługę informatyczną lub prawną, zobowiązane do zachowania poufności.

Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do danych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, sprzeciwu wobec przetwarzania na podstawie lit. f oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO (www.uodo.gov.pl). Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wykonania zabiegu.

Postępowanie reklamacyjne

Reklamacje przyjmowane są pisemnie na adres salonu lub na adres biuro.byebyehair@gmail.com. Reklamacja powinna zawierać opis zdarzenia, datę zabiegu i być potwierdzona wizytą kontrolną. Salon ustosunkowuje się do reklamacji w terminie 14 dni roboczych. Szczegóły: § 15 Regulaminu Salonu.

Imię i nazwisko Klienta/Klientki: _____

Data: _____

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119 z 2016 r., s. 1).

ŚWIADOMA ZGODA KLIENTA NA ZABIEG DEPILACJI LASEROWEJ

Ja, niżej podpisana/y _____, po zapoznaniu się z treścią niniejszego formularza, składałam następujące oświadczenia:

- **jestem osobą pełnoletnią (ukończyłam/em 18 lat);**
- zapoznałam/em się z pełną listą przeciwwskazań FORMULARZA PIERWSZEJ WIZYTY (pkt 5) i według mojej najlepszej wiedzy **żadna z wymienionych okoliczności mnie nie dotyczy** lub poinformowałam/em o niej personel salonu (co potwierdziłam/em checkboxem przy każdej kategorii w pkt 5. W razie jakichkolwiek wątpliwości poinformowałam/em o nich personel salonu przed zabiegiem;
- samodzielnie, zgodnie z listą przeciwwskazań zawartą w FORMULARZU PIERWSZEJ WIZYTY, dokonałam/em własnej oceny swojego stanu zdrowia i według mojej najlepszej wiedzy **nie zataiłam/em żadnej okoliczności, która mogłaby stanowić przeciwwskazanie do zabiegu**. Przyjmuję do wiadomości, że zatajenie takich okoliczności może wpłynąć na bezpieczeństwo zabiegu i zwalnia salon z odpowiedzialności za powikłania będące ich następstwem;
- podane przeze mnie informacje dotyczące mojego stanu zdrowia są zgodne z prawdą i zostały przekazane dobrowolnie w celu kwalifikacji do zabiegu oraz zapewnienia bezpieczeństwa jego wykonania,
- oświadczam, że zapoznałam/am się z informacją na temat leków i substancji światłoczułych znajdującą się w FORMULARZU PIERWSZEJ WIZYTY (pkt. 5.II) i oświadczam, że **nie przyjmuje, ani nie przyjmowałam w ostatnich 14 dniach leków i substancji światłoczułych**.
- oświadczam, że zapoznałam/em się z **przeciwwskazaniami czasowymi** (pkt 5.III) i żadna z wymienionych okoliczności mnie nie dotyczy.
- oświadczam, że zapoznałam/am się z informacją i **nie choruję na żadne z chorób przewlekłych** oraz nie dotyczą mnie stany wymienione w punkcie 5.IV choroby przewlekłe i inne stany wymagające indywidualnej oceny w FORMULARZU PIERWSZEJ WIZYTY albo – **pomimo występowania takich chorób lub stanów** uzyskałam/am zgodę lekarza na przeprowadzenie zabiegu depilacji laserowej i zobowiązuje się do poinformowania o fakcie uzyskania takiej zgody personel salonu podczas wywiadu kosmetycznego przed przystąpieniem do zabiegu.
- oświadczam, że zapoznałam/am się z informacją i nie dotyczą mnie okoliczności określone w FORMULARZU PIERWSZEJ WIZYTY - zmiany skórne i pigmentacyjne w obszarze zabiegu lub o **występowaniu wszelkich zmian skórnych i pigmentacyjnych** zobowiązuje się do poinformowania o niej personel salonu podczas wywiadu kosmetycznego przed przystąpieniem do zabiegu.
- oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o **możliwych reakcjach skóry po zabiegu**. Znałam mi są ryzyka oraz możliwe do wystąpienia reakcje po wykonanym zabiegu.
- oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o **zaleceniach postępowania po zabiegu oraz o postępowaniu w przypadku wystąpienia reakcji niepożądanych**. Mam świadomość o negatywnych skutkach niestosowania się do nich.
- oświadczam, że zostały mi **przekazane pełne informacje dotyczące przeprowadzanego zabiegu**, miałam/am możliwość zadania pytań, powstałe wątpliwości zostały wyjaśnione, czuję się dobrze, a mój stan zdrowia pozwala na jego przeprowadzenie, uzyskałam/em na nie wyczerpujące odpowiedzi oraz że mogłam/em w każdym momencie zrezygnować z zabiegu lub przerwać go bez podania przyczyny.
- **zapoznałam/em się z Regulaminem świadczenia usług w salonie depilacji laserowej BYE BYE HAIR** (Regulamin dostępny jest w salonie depilacji w formie papierowej oraz na stronie internetowej pod adresem <https://depilacjalaserowa-byebyehair.pl/regulaminsalonubyebyehair/>) i w pełni akceptuję jego postanowienia.

Czytelny podpis klienta/klientki: _____ Data: _____

Zostałam/em poinformowana/y o:

- charakterze usługi (zabieg kosmetyczny/estetyczny), używanym sprzęcie do wykonania zabiegu oraz alternatywnych metodach redukcji owłosienia i jednocześnie znane mi są uwarunkowania mające wpływ na skuteczność przeprowadzonego zabiegu określone w punkcie 3 FORMULARZA PIERWSZEJ WIZYTY.
- tym, że efekty serii zabiegów oraz, że skuteczność zabiegów i **efekt końcowy jest indywidualny** i zależy m.in. od cech osobniczych organizmu, rodzaju włosów i skóry, gospodarki hormonalnej oraz przestrzegania zaleceń przed- i pozabiegowych; salon nie gwarantuje osiągnięcia konkretnego efektu;
- **przeciwwskazaniach** do wykonania zabiegu, w tym m.in. o ciąży, chorobach skóry, stosowaniu leków i substancji światłouczulających, świeżej opaleniznie oraz innych czynnikach mogących wpływać na bezpieczeństwo zabiegu;
- **możliwych reakcjach skóry po zabiegu**, w tym reakcjach częstych stanowiących normalną odpowiedź organizmu, oraz reakcjach rzadkich wymagających kontaktu z salonem lub lekarzem;
- **zaleceniach pozabiegowych** oraz tym, że ich nieprzestrzeganie może negatywnie wpłynąć na efekty zabiegu i zwiększyć ryzyko działań niepożądanych.
- że, aby uzyskać najlepsze efekty kuracji należy bezwzględnie **przestrzegać odstępów między zabiegami**, które zostały wyznaczone podczas wizyt w salonie depilacji BYE BYE HAIR

Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się do:

- **przestrzegania zaleceń pozabiegowych** i potwierdzam, że otrzymałam/em wersję papierową zaleceń w dniu zabiegu nr 1.
- **poinformowania personelu salonu**, jeżeli dojdzie u mnie do **zmiany stanu zdrowia, przyjmowanych leków** lub innych okoliczności istotnych dla bezpieczeństwa zabiegu **przed każdym kolejnym zabiegiem**.

☐ TAK ☐ NIE **WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ na wykonanie zabiegu depilacji laserowej. Decyzję podejmuję dobrowolnie, po zapoznaniu się ze wszystkimi informacjami zawartymi w FORMULARZU PIERWSZEJ WIZYTY.**

Czytelny podpis klienta/klientki: _____ **Data:** _____

ZABIEG NR 1

Data zabiegu: _____ **Partie ciała poddawane zabiegowi:** _____

PARAMETRY:

Efekt pozabiegowy / reakcja skóry Klienta/Klientki/ NOTATKI:

Czytelny podpis osoby wykonującej zabieg _____ **Podpis KLIENTA/KLIENTKI:** _____