



FORMULARZ ZABIEGU PRZEKŁUCIA UCHA ORAZ FORMULARZ ZLECENIA

WAŻNE TYLKO Z ORYGINALNYMI PRODUKTAMI STUDEX®



Data/punkt/pieczętka

Imię i nazwisko klienta: _____

Data urodzenia: _____

Wiek: _____

Adres: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

ZGODA NA PRZEKŁUCIE UCHA

Niniejszym wyrażam zgodę na dokonanie, na moją prośbę, zabiegu przekłucia mojego ucha/uszu przez osobę trzecią. **W trakcie rozmowy objaśniającej zostałem/am poinformowany/a o ryzyku wiążącym się z przekłuciem płatka ucha/ chrząstki ucha, a także przeczytałem/am i zrozumiałem/am poniższe informacje.**

Własnoręcznym podpisem, ja (klient) poświadczam prawdziwość, tego co następuje:

- Nie choruję na cukrzycę, epilepsję, zapalenie wątroby, hemofilie. Nie jestem nosicielem wirusa HIV. Nie odczuwam zawrotów głowy ani dolegliwości związanych z sercem. Nie przyjmuję leków rozrzedzających krew.
- Nie jestem pod wpływem działania narkotyków lub alkoholu.
- **Otrzymałem/am kopię "Instrukcji postępowania po zabiegu" STUDEX®, którą przeczytałem/am i zrozumiałem/am.**
- Jestem świadomy/a odmienności postępowania po zabiegu w zależności od tego, czy przekłuty został płatek czy chrząstka ucha. Zapoznałem/am się z wynikającymi z tego różnicami.
- Rozumiem możliwość wystąpienia infekcji w przypadku niewłaściwego postępowania po zabiegu, nietolerancji metalu lub z innych przyczyn. Najczęstszą przyczyną infekcji jest nieprzestrzeganie Instrukcji postępowania po zabiegu.
- W związku z powyższym zaleca się postępowanie zgodne z "Instrukcją postępowania po zabiegu" w celu uniknięcia trwałych uszkodzeń.
- Zdaję sobie sprawę, że ze względu na charakterystykę tkanki chrząstkowej i/lub niewłaściwe postępowanie po zabiegu jej przekłucia istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia zacerwienia, opuchlizny, infekcji i blizn keloidowych, co może prowadzić do zmian trwałych w przekłutej części chrząstki.
- Wiem, że wystawianie świeżo przekłutych uszu na działanie określonych czynników środowiskowych, tj. intensywne światło słoneczne, pływanie czy uprawianie innych sportów może zwiększyć ryzyko infekcji.
- W sporadycznych przypadkach zaistnienia konieczności opieki medycznej po zabiegu przekłucia ucha lub w przypadku wynikłych z niego uszkodzeń, istnieje prawdopodobieństwo, że ubezpieczyciel obciąży mnie częścią kosztów lub częściowo bądź całościowo odmówi wypłacenia zasiłku chorobowego za okres opieki medycznej. Może również zażądać zwrotu raz wypłaconych świadczeń.
- Potwierdzam, że ukończyłem/am 18 lat, lub – w przypadku składania podpisu w imieniu osoby niepełnoletniej – że jestem jej rodzicem lub opiekunem prawnym. Zdaję sobie sprawę z konsekwencji prawnych składania fałszywego oświadczenia w tej kwestii.
- Zwalniam wyżej wymieniony punkt z wszelkiej odpowiedzialności za jakiegokolwiek bezpośrednie lub pośrednie szkody mogące wyniknąć w wyniku poddania się zabiegowi przekłucia ucha oraz odstępuję od wnoszenia jakichkolwiek roszczeń w stosunku do wyżej wymienionego punktu, dystrybutora i producenta.
- **Dodatkowe warunki:**

- **Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu przekłucia płatka/ów lub/i chrząstki ucha/uszu mojego/moich lub wyżej wymienionej osoby niepełnoletniej. Zostałem szczegółowo poinformowany/a o potencjalnym ryzyku.**
- **Biorę pełną odpowiedzialność za siebie lub za wyżej wymienioną osobę niepełnoletnią.**
- **Niniejszym poświadczam prawdziwość powyższego własnoręcznym podpisem.**

Podpis klienta

Data

Podpis rodzica/opiekuna prawnego (wymagany dla osób poniżej 18 roku życia)

ZGODA NA PRZETWARZANIE I WYKORZYSTYWANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH REKLAMOWYCH I BADANIA RYNKU

Dane osobowe przekazane wyżej wymienionemu punktowi będą przechowywane i wykorzystywane wyłącznie przez ten punkt. Dane będą wykorzystywane wyłącznie w celach reklamowych i badaniach rynku przez wyżej wymienioną firmę. Nie nastąpi przekazanie danych osobom trzecim, włączając w to oddziały lub firmy w jakikolwiek inny sposób współpracujące z wyżej wymienionym punktem. Własnoręcznym podpisem wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych w celach reklamowych i badania rynku przez wyżej wymienioną firmę. Reklama oraz badania rynku mogą odbywać się drogą mailową, pocztową, smsową/telefoniczną.

Podpis klienta

Data

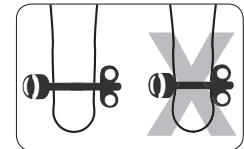
Podpis rodzica/opiekuna prawnego (wymagany dla osób poniżej 18 roku życia)

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA PO ZABIEGU



ZALECENIA NA OKRES SZEŚCIU TYGODNI:

- Dokładnie myj ręce przed dotknięciem kolczyka lub ucha.
- Preparat do pielęgnacji przekłutych uszu Studex należy dwa razy dziennie nakładać z przodu i z tyłu ucha po 24 godzinach od przekłucia, nie wyjmując przed tym kolczyka. Nakładaj preparat z przodu i z tyłu ucha w obrębie przekłucia i delikatnie przesuwaj kolczyk do przodu i tyłu. Pomiędzy przemywaniem zadbaj o to, by miejsca przekłucia były suche.
- Zwracaj uwagę, aby na ucho nie przedostał się lakier do włosów, szampon lub inne preparaty. Po umyciu włosów należy przepłukać ucho czystą wodą, a następnie nałożyć na nie preparat do pielęgnacji przekłutych uszu.
- Przez pierwsze 6 tygodni nie wyjmuj kolczyków. Unikaj dotykania uszu i/lub kolczyków, jeżeli nie jest to konieczne.
- Utrzymuj zatyczkę kolczyka we wgłębieniu w sztyftie kolczyka, a przy każdym zabiegu pielęgnacyjnym kontroluj, czy znajduje się ona w odpowiednim miejscu. W ten sposób zapewnione jest odpowiednie ułożenie kolczyka oraz dostateczny dopływ powietrza do przekłutego kanału. Zbyt ciasne zapięcie kolczyka może doprowadzić do infekcji (patrz rys.).



PRZEKŁUCIE PŁATKA UCHA:

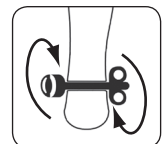
- Pozostaw sztyft w uchu przez nieprzerwany okres sześciu tygodni. Po sześciu tygodniach sztyft może zostać usunięty i zastąpiony innym.
- Przez pierwsze sześć miesięcy po zabiegu przekłucia, używaj wyłącznie lekkich kolczyków sztyftowych.
- Sztyft powinien być wykonany z chirurgicznej stali nierdzewnej lub innego materiału o właściwościach hipoaergicznym.
- Bezpośrednio po zabiegu może wystąpić lekka opuchlizna i/lub zacerwienie. Jest to normalna reakcja, która powinna ustąpić w przeciągu 48 godzin o ile przestrzegana jest niniejsza instrukcja postępowania po zabiegu przekłucia. Jeżeli wystąpi nadmierny ból/opuchlizna/zacerwienie, zwróć się natychmiast po pomoc medyczną.

ZABIEG PRZEKŁUCIA CHRZĄSTKI UCHA:

- Pozostaw sztyft w uchu przez nieprzerwany okres dwunastu tygodni. Po dwunastu tygodniach sztyft może zostać usunięty i zastąpiony innym.
- Przez pierwsze dwa miesiące po zabiegu przekłucia, używaj wyłącznie lekkich kolczyków sztyftowych.
- Sztyft powinien być wykonany z chirurgicznej stali nierdzewnej lub innego materiału o właściwościach hipoaergicznym.
- Ze względu na charakterystykę chrząstki ucha, po zabiegu należy zachować szczególną ostrożność przez cały okres gojenia. Bezpośrednio po zabiegu może wystąpić lekka opuchlizna i/lub zacerwienie. Jest to normalna reakcja, która powinna ustąpić w przeciągu 48 godzin o ile przestrzegana jest niniejsza instrukcja postępowania po zabiegu przekłucia. Jeżeli wystąpi nadmierny ból/opuchlizna/zacerwienie, zwróć się natychmiast po pomoc medyczną.
- **Uwaga:** Niezastosowanie się do procedur postępowania po zabiegu przekłucia lub nieszukanie pomocy medycznej w przypadku wystąpienia komplikacji, mogą doprowadzić do trwałego uszkodzenia małżowiny usznej.

WSKAZÓWKI SPOSOBU USUNIĘCIA SZTYFTU PO ZAKOŃCZONYM OKRESIE GOJENIA:

- Przytrzymaj główkę sztyftu paznokciem jednej dłoni, a zapinkę drugą ręką.
- Odciągnij od siebie obydwie części jednocześnie przekręcając jedną z nich w prawą a drugą w lewą stronę.
- Jeśli zapinka przylega zbyt ciasno, przyłóż do niej wacik nasączony Płynem do pielęgnacji przekłutych uszu STUDEX i przytrzymaj przez 4–5 minut.
- Powtórz pierwsze trzy kroki, a usunięcie zatyczki będzie łatwiejsze.



Data wizyty kontrolnej

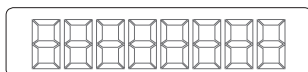
DALSZE INFORMACJE

Jeżeli mają Państwo dalsze pytania dotyczące zabiegów przekuwania uszu lub potrzebują Państwo dodatkowy Płyn do pielęgnacji przekutych uszu STUDEX, proszę skontaktować się z:

Data /punkt/ pieczęćka

WYCOFANIE ZGODY NA PRZETWARZANIE I WYKORZYSTYWANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH REKLAMOWYCH I BADANIA RYNKU

Przysługuje Państwu prawo do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych. W celu wycofania zgody na dalsze przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych przez wyżej wymieniony punkt, proszę wysłać list lub email na powyższy adres (ponosząc wyłącznie koszt przesyłki zwyczajnego listu lub opłatę według cennika dostawcy usług komunikacyjnych). Na powyższy adres proszę również kierować wszelkie dalsze pytania dotyczące polityki prywatności.



Numer kontrolny
(zgodny z kopią punktu)

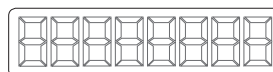


Więcej informacji na temat
przekuwania uszu oraz
postępowania po zabiegu
dostępne na stronie

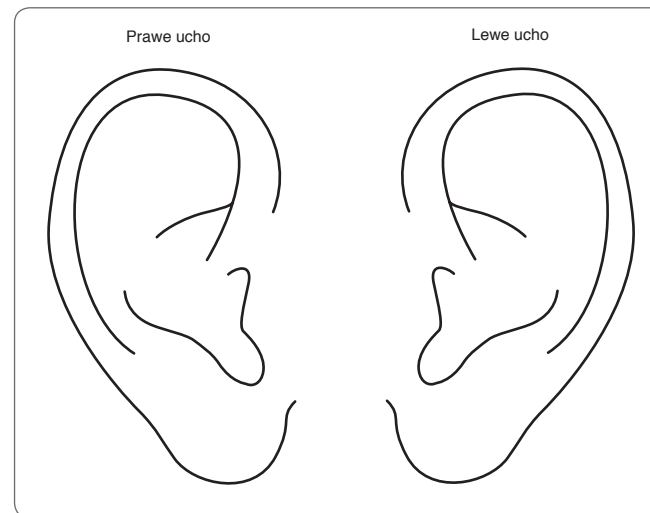
www.kolczykowanie.pl



W tym miejscu proszę dołączyć
nalepkę z numerem partii!



Numer kontrolny



OZNACZENIE MIEJSCA/MIEJSC PRZEKŁUCIA



R910-PL 1.0