



# SMLOUVA O PROVEDENÍ PERMANENTNÍHO MAKE-UPU

## KLIENT

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Telefon: .....

Adresa: .....

(dále jen "klient")

A

## STUDIO



**Jitka Zankelová**

*kosmetické služby*

Družební 2A, 779 00 Olomouc

IČ: 87322111, Telefon: 776 658 222

(dále jen "studio")

uzavírají tuto smlouvu na provedení permanentního make - upu (dále jen PMU):

1. Strany se dohodly na provedení PMU klientovi. Místem aplikace PMU je .....
2. Cena provedení PMU činí .....Kč, cena korekce do 8 týdnů od 1. aplikace činí ..... Kč.
3. Pracovník se zavazuje provést PMU dle veškerých hygienických zásad, za použití jednorázových materiálů. Dále zodpoví veškeré otázky ze strany klienta a poučí jej o následné péči a případném riziku mající vliv na zdraví klienta.
4. Klient potvrzuje, že **pravdivě vyplnil dotazník o zdravotním stavu a nezamlčel žádné okolnosti**, které by mohly mít vliv na průběh aplikace a hojení PMU.
5. Klient potvrzuje, že dosáhl věku 18 let, pokud nedokládá souhlas zákonného zástupce.
6. Klient potvrzuje, že **byl poučen o následné péči a o komplikacích, které mohou vzniknout při aplikaci PMU a nedodržení pokynů o následné péči**.
7. Klient si je vědom, že hojení PMU se odvíjí od následné péče a proto případné neuchycení barvy není důvodem reklamace.
8. Klient si je vědom, že aplikace PMU není jednorázovou záležitostí a je seznámen s následnou korekcí.
9. Klient si je vědom, že trvanlivost PMU závisí na intenzitě použitých barev, věku, typu pokožky a expozici UV záření.
10. V případě vzniku komplikací při hojení PMU, se klient neprodleně obrátí na pracovníka nebo na svého praktického lékaře.
11. Tato smlouva je vyhotovena ve dvou výtiscích, kdy každá ze stran obdrží jeden.
12. Klient podpisem této smlouvy potvrzuje, že souhlasí s podmínkami uvedenými v této smlouvě a výkon podstupuje na základě vlastní svobodné vůle. Na důkaz toho připojuje svůj vlastnoruční podpis.

DATUM A MÍSTO .....

.....  
KLIENT

.....  
STUDIO



# KARTA KLIENTA PM

## DOTAZNÍK O ZDRAVOTNÍM STAVU

\*nehodící se škrtněte

užívané léky

1. Máte sklon k tvorbě modřin?	ano	ne	.....
2. Podstoupila jste chemoterapii?	ano	ne	.....
3. Máte onemocnění srdce?	ano	ne	.....
4. Trpíte na opary?	ano	ne	.....
5. Máte sníženou imunitu?	ano	ne	.....
6. Jste HIV pozitivní?	ano	ne	.....
7. Máte žloutenku?	ano	ne	.....
8. Jste těhotná/kojíte?	ano	ne	.....
9. Máte alergie?	ano	ne	.....
10. Máte ekzém, lupénku?	ano	ne	.....
11. Máte problémy se štítnou žlázou?	ano	ne	.....
12. Máte problémy s krevním tlakem?	ano	ne	.....
13. Léčíte se s cukrovkou?	ano	ne	.....
14. Užívala jste v poslední době antibiotika?	ano	ne	.....
15. Máte sklon k tvorbě jizev?	ano	ne	.....
16. Máte jiné zdravotní problémy?	ano	ne	.....

Prohlašuji, že jsem se seznámil(a) se "Zásady a pokyny v péči o PMU" a nezatajil(a) žádní onemocnění, alergie či překážky bránící provedení pigmentace.

Prohlašuji, že s aplikací dle mnou schváleného návrhu souhlasím. Zároveň potvrzují převzetí dokumentu "Zásady a pokyny v péči o PMU".

Souhlasím s tím, že fotografie budou použity pro prezentaci našeho studia.

.....  
**PODPIS KLIENTA**

## APLIKACE PM

Stav:

Poznámky:

Datum:

Pigment:

Cartrige:

Technika: