

ДОГОВОР-ОФЕРТА ОБ ОКАЗАНИИ УСЛУГ

Я, _____ (далее Клиент)
адрес: _____ тел _____
даю разрешение на проведение процедуры перманентного макияжа у мастера _____
(далее Мастер) по адресу: _____.

Я осведомлена, что ПЕРМАНЕНТНЫЙ МАКИЯЖ (далее ПМ) - это косметическая услуга, качественный результат которой достигается обычно за 2-3 процедуры пигментирования кожи. Рекомендуемые интервалы между дополнительными процедурами составляют 4-6 недель. При проведении дополнительных процедур достигается:

- Более равномерное распределение красителя в коже;
- Более точное соответствие желаемому цвету и оттенку;
- Более стойкий результат.

Мне известно, что красящее вещество в составе пигмента вводится в верхний слой кожи с помощью специального аппарата на кончике иглы и воспринимается иммунной системой как инородное тело. В процессе нанесения ПМ краситель постепенно отторгается организмом. В зависимости от индивидуальных особенностей иммунной системы краситель может сохраняться на различных участках кожи различное время – от нескольких месяцев до неопределенного количества лет. Для поддержания достигнутого качества ПМ требуются периодические процедуры. Обычно интервал между ними составляет 1-3 года.

Меня проинформировали, что перед процедурой необходимо:

- Тщательно снять существующий макияж;
- При процедуре на веках снять контактные линзы, наращенные ресницы.

Я осознаю, что могу испытать:

- Болевые ощущения во время проведения процедуры;
- Осложнения после проведения процедуры в виде временной отечности, образование шелушения, легкого зуда и очень редко - гематомы, аллергические реакции, корки.

Я предупреждена о том, что цветовая пигментация сразу после проведения процедуры на 40-60% сильнее, чем последующий результат, а ультрафиолетовое облучение (солнце, солярий) ускоряет процесс снижения интенсивности пигмента. Так же для профилактики инфицирования, ускорения заживления и для обеспечения желаемого качества в течение недели после процедуры рекомендуется:

- Не париться в бане и не загорать;
- Не купаться в водоемах и бассейнах;
- Ограничить применение декоративной косметики;
- Пользоваться противовоспалительными ранозаживляющими препаратами.

По прошествии 4-6 недель после процедуры, для достижения необходимого качества, я должна проконсультироваться с Мастером и прибыть на проведение дополнительной корректирующей процедуры. Процедура считается дополнительной в течение 6 месяцев после проведения первой процедуры.

Мне рекомендовано планировать свои дела после процедуры с учетом возможных осложнений (покраснение кожи, отечность при ПМ на губах и веках, образование корочки), необходимости применения холодных компрессов, специального препарата и ограничения в использовании макияжа.

Противопоказания для ПМ являются: диабет, плохая свертываемость крови, склонность к образованию келоидных рубцов. Процедура ПМ на губах может провоцировать появление герпетической реакции у людей, имеющих к этому склонность.

Мне известно, что окончательный цвет пигмента может варьироваться от оттенка моей кожи. Несмотря на то, что ожидается хороший результат, я даю разрешение Мастеру на проведение дополнительного лечения по его усмотрению, если возникнут непредвиденные осложнения в течение или после процедуры. Мастер разъяснила мне все детали осложнений, и я осознаю, что они означают. К таким осложнениям могут относиться: слабые и средние неприятные ощущения, припухлость и синяки, инфекции, аллергическая реакция на пигментную краску.

Я также понимаю, что результат является перманентным и необратимым, что пигмент может быть удален с трудом.

Я подтверждаю, что данный договор составлен в 2-х экземплярах и Мастер выдал мне "Памятку по уходу за кожей после процедуры".

Эскиз проводимой процедуры согласован и мной утвержден. Перманентный макияж будет произведен на моих бровях / губах / веках пигментной краской цвета _____.

Подписи: Клиент _____ Мастер _____ Дата: "___" _____ 202__ г.

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА

проходящего процедуру перманентного макияжа, предоставляемые в «Кабинете перманентного макияжа» по адресу: _____ Мастером _____.

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Группа крови _____

Адрес _____

Телефон _____

Все манипуляции проводятся по согласию пациента, одноразовыми материалами, гипоаллергенными пигментами, в асептических условиях косметологического кабинета. Пациент предупрежден, что манипуляция производится исключительно с эстетической целью, и не является членовредительством. Пациент несет ответственность за достоверность информации о состоянии своего здоровья на весь период прохождения курса. При данных манипуляциях возможны следующие осложнения: аллергическая реакция на местный анестетик, капиллярное кровотечение, коллаптоидные реакции (обморок, иногда с потерей сознания). Данные осложнения не позволяют продолжать процедуру. В некоторых случаях (тяжелая аллергическая реакция, анафилактический шок, тяжелый коллапс) необходима госпитализация в профильное учреждение. В сокрытии информации пациентом, Мастер не несет ответственности за проведение самой процедуры от начала манипуляции, до конца реабилитации (полного заживления).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- Аллергические заболевания: бронхиальная астма, аллергические реакции на мед. препараты:

- Кожные заболевания: псориаз, обострение угревой сыпи, повышенная чувствительность, келлоидоз, герпес:

- Заболевания нервной системы: эпилепсия, нахождения на учетах у психотерапевтов, в псих. лечебницах:

- Сердечно-сосудистая система: гипертония, гипотония, порок сердца, врожденные и приобретенные патологии:

- Заболевания желудочно-кишечного тракта: гепатиты, язвенная болезнь и др.:

- Онкологические заболевания, заболевания эндокринной системы:

- Заболевания крови:

О сокрытии информации на момент манипуляций об инфекционных процессах, повышенной температуры, менструальных кровотечениях, обострениях хронических заболеваний и т.д., ответственность полностью ложится на Клиента. Возможные осложнения в результате неправильного ухода: нагноения, капиллярные кровотечения, перемена цвета пигмента, отсутствие пигмента, микронадрывы и т.д., ответственность полностью ложится на Клиента.

О состоянии здоровья Клиента Мастер уведомлен.

Дата	Описание процедуры	Подпись Клиента	Подпись Мастера