

## ZGODA NA WYKONANIE TATUAŻU

Imię i nazwisko:.....  
Data urodzenia: .....  
Pesel:.....  
Telefon:.....

Oświadczam, iż jestem osobą pełnoletnią i wszelkie informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. Zabieg wykonania tatuażu odbędzie się w sterylnych warunkach, z użyciem jednorazowych igieł, środków higieny, sterylnych narzędzi, z czym zostałem/-am zapoznany/-a, potwierdzam, iż zapoznałem/-am się, zrozumiałem/-am i otrzymałem/-am instrukcję postępowania po zabiegu. Zobowiązuję się postępować zgodnie ze wskazówkami zawartymi w w/w instrukcji dotyczącej postępowania (pielęgnacji) nowo wytatuowanych miejsc na ciele. Jestem świadomy/-a, że zaniechanie prawidłowego postępowania pielęgnacyjnego może doprowadzić do powikłań oraz infekcji nowo wytatuowanych miejsc na ciele, które w konsekwencji mogą trwale uszkodzić skórę i tatuaż.

Informujemy, że dane mogą być przekazane pracownikom Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub innym służbom kryzysowym oraz przekazać informacje na temat podstawy prawnej, celu i czasu przetwarzania danych (art. 9 ust. 2 lit. i RODO: „przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą, w szczególności tajemnicę zawodową”).

## INFORMACJE ZDROWOTNE

Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi umieszczając ją w kółku:

- |                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Czy choruje Pan/Pani na:                                        |           |
| • WZW (Wirusowe Zapalenie Wątroby)?                                | TAK / NIE |
| • HIV?                                                             | TAK / NIE |
| • Cukrzycę?                                                        | TAK / NIE |
| • Choroby serca?                                                   | TAK / NIE |
| • Choroby układu krążenia- nadciśnienie, niekrzepliwość krwi itp?  | TAK / NIE |
| • Choroby dermatologiczne-łuszczycę itp?                           | TAK / NIE |
| • Choroby neurologiczne- np. padaczkę?                             | TAK / NIE |
| 2. Czy w ostatnim czasie była wykonywana iniekcja pobierania krwi? | TAK / NIE |
| 3. Czy jest Pan/Pani alergikiem?                                   | TAK / NIE |
| 4. Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką poradni specjalistycznej?    | TAK / NIE |
| 5. Czy bierze Pan/Pani leki rozrzedzają krew?                      | TAK / NIE |

## PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA TATUAŻU:

- leczenie antybiotykowe, długie kuracje farmakologiczne silnymi lekami m.in. sterydami,
- choroby serca, nadciśnienie krwi,
- hemofilia, skłonności do przedłużonego krwawienia, niekrzepliwość krwi,
- choroby skórne, alergię skórne,
- rozległe blizny będące jeszcze w trakcie gojenia,
- ciąża,
- stany pooperacyjne, podgorączkowe itp.,
- w przypadku nosicieli wirusa HIV i Hepatitis B konieczność poinformowania tatuatora!

Przed wykonaniem procedury udzieliłem/-am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały mi zadane odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz uczuleń. Uzyskane dane są poufne.

Informacje przekazane w formularzach są w pełni jasne i zrozumiałe.

Przed zabiegiem miałem/-am możliwość zadawania pytań.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/-AM SIĘ Z POWYŻSZYM TEKSTEM I WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA WYKONANIE ZABIEGU.

NINIEJSZY DOKUMENT JEST WAŻNY PRAWNIE I STANOWI ZGODĘ NA WYKONANIE ZABIEGU.

---

*Data i miejscowość*

---

*Podpis*

**DOPEŁNIENIE OBOWIĄZANKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE REALIZACJI UMOWY:**

Administratorem Pani/a danych osobowych jest: .....  
(nazwa i adres studia, oraz imię i nazwisko właściciela)

1. Administrator przetwarza dane osobowe w celu: realizacji umowy (wykonania usługi).
2. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest realizacja umowy.
3. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres trwania umowy, a po jego zakończeniu przez czas wynikający z obowiązujących przepisów prawa lub do czasu przedawnienia roszczeń.
4. Odbiorcami danych osobowych będą: podmioty zewnętrzne dostarczające i wspierające systemy teleinformatyczne Administratora, świadczące usługi związane z bieżącą działalnością Administratora, w tym w celu umawiania wizyt – na mocy stosownych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz przy zapewnieniu stosowania przez ww. podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą podlegać profilowaniu.
6. Każdej osobie, której dane są przetwarzane, w zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
7. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

---

*Data i miejscowość*

---

*Podpis*

## ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU:

Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_, wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku w formie fotografii przez reprezentanta firmy (*nazwa studia*). Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie i powielenie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium w dowolnym celu zgodnym z obowiązującym prawem, włączając w to publikację w folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, konkursach, fanpage'ach etc. Jednocześnie zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii z moim wizerunkiem.

---

*Data i miejscowość*

---

*Podpis*

Oświadczam, że w całości przeczytałem/am treść powyższych zgód, wyrażam zgodę dobrowolnie i w pełni je rozumiem.

---

*Data i miejscowość*

---

*Podpis*