



hauzer clinic

Hauzer Clinic Sp. z o.o. Sp. k
Ul. Orla 5C
55-010 Żerniki Wrocławskie
Tel. 570 200 916 NIP: 8961589587
REGON: 384407310, KRS: 0000804817

WYWIAD - WYPEŁNIA OSOBA PODDAJĄCA SIĘ ZABIEGOWI KOSMETOLOGICZNEMU

Imię i nazwisko

Wiek

Alergia:.....

Choroby przewlekłe:.....

Stosowane leki:

Przebyte w ciągu ostatnich 3 tygodni zabiegi z zakresu medycyny estetycznej:

mikrodermabrazja.....

laser.....

peeling chemiczny.....

botoks.....

wypełniacze.....

lipoliza.....

thermage.....

mezoterapia.....

dermapen.....

karboksyterapia.....

inne.....

Absolutne przeciwwskazania do zabiegu:

- ostre choroby zakaźne	tak/nie
- opryszczka	tak/nie
- podwyższona temperatura ciała, gorączka	tak/nie
- ciężka choroba niedokrwienna serca	tak/nie
- ostra zatorowość	tak/nie
- zakrzepowe zapalenie żył i zakrzepica żył głębokich	tak/nie
- gangrena	tak/nie
- niewydolność nerek	tak/nie
- niekontrolowane nadciśnienie	tak/nie
- przebyty udar mózgu	tak/nie
- zmiany zapalne skóry i żył w miejscu aplikacji	tak/nie
- krwawienie i stosowanie antykoagulantów	tak/nie
- wyraźne obrzęki dowolnego pochodzenia	tak/nie
- ostre psychozy	tak/nie
- nadczynność tarczycy	tak/nie

- epilepsja tak/nie
- nowotwór tak/nie
- intoksykacja alkoholem lub narkotykami tak/nie

Przeciwwskazania względne:

- poważna otyłość (BMI > 30) tak/nie
- zaburzenie krzepliwości krwi tak/nie
- ciąża tak/nie
- karmienie piersią tak/nie

Proszę o podanie prawdziwych danych:

- Czy ma Pan/Pani tendencję do łatwego powstawania siniaków? tak/nie
 - Czy leczy się Pan/Pani na HIV lub AIDS? tak/nie
 - Czy miał Pan/Pani kiedyś problemy z krwotokami? tak/nie
 - Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/Pani niepożądana reakcja na znieczulenie miejscowe lub ogólne?
tak/nie
 - Czy stosuje Pan/Pani któreś z poniższych używek:
 - papierosy/ile dziennie ? tak/nie/.....
 - alkohol/jak często? tak/nie/.....
 - Czy uprawia Pan/Pani jakieś sporty? Jakiego? Jak często? tak/nie
-

Potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są prawdziwe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Hauzer Clinic Sp. z o.o. Sp. k, w celu przesyłania informacji handlowych na mój adres e-mail oraz numer telefonu podany powyżej w formularzu kontaktowym.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przyjmuję do wiadomości, że mogę w dowolnym momencie wycofać tę zgodę poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres e-mail: a.hauzer@icloud.com. Wycofanie przeze mnie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest: Hauzer Clinic Sp z o.o. Sp k
2. Administrator przetwarza dane osobowe w celu przesyłania informacji handlowych.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest udzielona zgoda.
4. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres 5 lat.
5. 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.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą podlegać profilowaniu.
7. 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.
8. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

miejsce i data

podpis