

**WYWIAD MEDYCZNY
 PACJENTA**

Nazwisko.....
 Imię.....
 Data urodzenia.....
 Telefon kontaktowy.....
 Mail.....
 Skąd się Pan/Pani o nas dowiedział/a ?

		TAK	NIE
1.	Ciąża		
2.	karmienie piersią		
3.	Choroby autoimmunologiczne (nowotwory, reumatyzm)		
4.	Leczenie hormonalne		
	a. indywidualna terapia hormonalna		
	b. leczenie niepłodności		
	c. leczenie chorób tarczycy		
5.	Stosowane leki doustne (terapia doustna retinoidami np. Izotek wymaga półrocznej przerwy pomiędzy końcem kuracji i pierwszym zabiegiem)		
6.	Stosowane leki miejscowe		
	a. światło uczulające		
	b. retinoidy (Isotrexin, Differin, Zorac, Retin i inne)		
	c. stany gorączkowe/ antybiotyki stosowane w chwili obecnej		
7.	Stosowane kosmetyki		
	a. krem z retinolem		
	b. witamina A, E i C		
	c. kwasy owocowe		
8.	Czy przyjmowała Pani/ Pan leki przeciwbólowe w dniu zabiegu		

9.	Przyjmowanie środków pochodzenia ziołowego (dziurawiec, nagietek, pokrzywa, skrzyp polny , suplementy diety na skórę, włosy i paznokcie, psoraleny, serdecznik,bratek, tetracykliny, tiazidy, i inne światło uczulające np. Figura oraz leki antydepresyjne ziołowe np. Deprim – wymagają odstawienia 1 tydzień przed zabiegiem)		
10.	Opaleniźna (solarium, balsamy brązujące) - w przeciągu 4-6 ostatnich tygodni (data ostatniego odbycia/skorzystania)		
11.	Kiedy była ostatnia depilacja woskiem lub pęsetą? (przed zabiegiem nie wolno wrywać włosów pęsetą, woskiem, depilatorem mechanicznym przez okres 4 tygodni w przypadku twarzy i 6 tygodni w innych miejscach skóry)		
12.	Kiedy był wykonany ostatni peeling i jaki rodzaj (preparat o działaniu złuszczającym należy odstawić 1 tydzień wcześniej)		
13.	Skóra ze skłonnością do przebarwień		
14.	Dermatologiczne zmiany skórne		
	a. bielactwo (przeciwwskazanie względne)		
	b. łuszczyca		
	c. opryszczka		
	d. znamiona barwnikowe		
	e. zmiany zapalne		
15.	Reticularis (marmurkowa skóra)		
16.	Fotodermatozy		
17.	Padaczka (przeciwwskazanie względne)		
18.	infekcje wirusowe/ grzybicze/bakteryjne		
19.	Cukrzyca		
20.	rozrusznik serca/ pompa insulinowa		
21.	Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek bliznowiec?		
22.	Wirus HPV		
23.	egzema		

24.	trudne gojenie ran	-		
25.	stosowanie leków sterydowych (miejscowo, wziewnie lub doustnie)			
26.	tatuaż / makijaż permanentny/ implanty (w miejscu poddawanych zabiegowi)			
27.	Czy choruje Pan/i obecnie lub przewlekłe?			
28.	jakie choroby? jakie leki ?			

MOŻLIWE SKUTKI UBOCZNE

- możliwe zaczerwienienie
- strupki
- obrzęk
- poparzenie naskórka

Oświadczenie Pacjenta

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zostałam/em w pełni poinformowana/y przez Depilacja.pl o procedurze zabiegu, wszystkich czynnościach z nim związanych, korzyściach oraz ewentualnych skutkach ubocznych. Miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących wszystkich aspektów zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań oraz zaleceń po wykonaniu zabiegu depilacji laserowej, w tym wskazań dotyczących pielęgnacji skóry, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący.

Oświadczam, że przed wykonaniem zabiegu depilacji laserowej udzieliłam/em pełnych oraz prawdziwych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, o przebytych, leczonych i nieleczonych chorobach, schorzeniach oraz wszelkich innych dolegliwościach, w tym o znanych mi uczuleniach, alergiach oraz wszelkich przebytych operacjach i zabiegach, którym zostałam/em poddana/y w przeszłości, jak również wszelkich innych informacji zawartych w niniejszym wywiadzie medycznym. Ponadto oświadczam, iż udzieliłam/em wyczerpujących informacji o przyjmowanych przeze mnie lekach, suplementach diety, produktach i substancjach fotoaktywnych oraz o stosowanych kosmetykach. Jednocześnie oświadczam, iż odbyłam/em wszelkie niezbędne konsultacje lekarskie oraz uzyskałam/em wszelkie niezbędne zaświadczenia, zgody oraz pozwolenia lekarskie (w formie pisemnej i ustnej) do przeprowadzenia zabiegu depilacji laserowej. Oświadczam również, że zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń przed i po dokonaniu zabiegu, które zostały lub zostaną mi przedstawione (w formie ustnej lub pisemnej). Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o wszelkich negatywnych następstwach i powikłaniach mogących wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się lub niezastosowaniem się do w/w zaleceń lekarskich. Oświadczam, iż jestem w pełni świadoma/y mojego stanu zdrowia oraz oświadczam, iż Spółka Depilacja.pl, Partner prowadzący Salon ani Kosmetolog (osoba wykonująca zabieg) nie ponosi odpowiedzialności za moje zaniedbania wynikające z nieprzestrzegania powyższych zasad oraz zaleceń.

Zdaje sobie sprawę, że w celu osiągnięcia optymalnych rezultatów zabiegi należy powtarzać. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że na skuteczność depilacji laserowej mają wpływ następujące czynniki:

predyspozycje indywidualne (kolor włosów, struktura włosa), predyspozycja genetyczna, gospodarka hormonalna, przestrzeganie terminów między zabiegami. Wiem, że nie można zagwarantować, ile zabiegów należy wykonać, aby osiągnąć optymalny rezultat. Zwykle potrzeba 6 zabiegów. Spółka Depilacja.pl, Partner prowadzący Salon lub Kosmetolog (osoba wykonująca zabieg) nie ponosi odpowiedzialności za wystąpienie możliwie skutki uboczne: zaczerwienienie, swędzenie, łagodny obrzęk, przebarwienia, zapalenie mieszków włosowych, które mogą pozostawić trwały ślad. Oświadczam, że miałam/em pełne i dokładne konsultacje w celu omówienia prawdopodobieństwa możliwych skutków ubocznych.

Oświadczam, że podane przeze mnie nieprawdy w niniejszym wywiadzie medycznym zwalnia Spółkę Depilacja.pl, Partnera prowadzącego Salon oraz Kosmetologa (osobę wykonującą zabieg) z odpowiedzialności za szkody związane ze skutkami zabiegu, w tym wynikające z podania w wywiadzie nieprawdy.

Podpis Pacjenta

.....
Miejscowość i data
.....

Oświadczam niniejszym, że wyrażam zgodę na zabieg depilacji oraz dobrowolnie poddaję się zabiegowi depilacji.

✓
/data i podpis/

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem korzystania z usług salonów.

✓
/data i podpis/

Zgody marketingowe

Czy zgadza się Pani/Pan na przekazywanie jej/mu treści marketingowych przez Depilacja.pl sp. z o.o. za pomocą telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jest Pani/Pan użytkownikiem, w szczególności na podany numer telefonu.

TAK

NIE

Czy zgadza się Pani/Pan na otrzymywanie informacji handlowych dotyczących usług Depilacja.pl sp. z o.o. na wskazany przez Panią/Pana adres e-mail drogą elektroniczną.

TAK

NIE

Przetwarzanie danych dotyczących zdrowia

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie przez Depilacja.pl sp. z o.o. danych dotyczących zdrowia, które przekazała Pani/przekazał Pan nam w wywiadzie medycznym pacjenta w celu świadczenia kompleksowych usług depilacji laserowej, udzielania porad i konsultacji kosmetycznych oraz prowadzenia akt osobowych?

Ponieważ dane szczególnych kategorii w tym dane dotyczące zdrowia chronione są szczególnie, musimy prosić Panią/Pana o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić, że zgadza się Pani/Pan, abyśmy przetwarzali dane, o których mowa powyżej

TAK, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane dotyczące zdrowia, w celu powyżej wskazanym

NIE

W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

✓
/data i podpis/

Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Depilacja.pl sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-715) przy ul. Puławskiej 145, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, Wydział XIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000636066, REGON 365117653, NIP 7010603206 („Administrator”).

Z Administratorem można się kontaktować się poprzez e-mail: depilacja@depilacja.pl lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres: Depilacja.pl sp. z o.o., ul. Puławska 145, 02-715 Warszawa. U Administratora wyznaczony został inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: iod@depilacja.pl lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres siedziby: Depilacja.pl sp. z o.o., ul. Puławska 145, 02-715 Warszawa.

Cel i podstawa prawna przetwarzania danych

W zakresie danych zwykłych jak imię, nazwisko, data urodzenia, telefon kontaktowy, mail przetwarzamy Pani/Pana dane wyłącznie w celu świadczenia kompleksowych usług depilacji laserowej, udzielania porad i konsultacji kosmetycznych oraz innych usług a także do dokonywania rozliczeń za zakupione usługi, do kontaktu i prowadzenia akt osobowych, jak również w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, w celach dowodowych, analitycznych, archiwalnych, prowadzenia księgowości i rachunkowości, a tak- że w celu oferowania Pani/Panu przez nas produktów i usług bezpośrednio (marketing bezpośredni) w tym dobierania ich pod kątem Pani/Pana potrzeb z pomocą profilowania, które jednak nie będzie istotnie wpływać na Pani/Pana sytuację ani wywoływać skutków prawnych wobec Pani/Pana. Dane w tych celach przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) i f) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) („**RODO**”), a zatem, gdy: przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych. W zakresie, w jakim przetwarzane dane obejmują dane szczególnych kategorii - dane dotyczące zdrowia - przetwarzamy Pani/Pana dane wyłącznie w celu świadczenia kompleksowych usług depilacji laserowej, udzielania porad i konsultacji kosmetycznych oraz prowadzenia akt osobowych, podstawą prawną przetwarzania danych jest Pana/Pani zgoda zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a RODO.

Podanie danych oraz zgoda na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie lub niewyrażenie zgody będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi depilacji laserowej.

Odbiorcy danych

Dostęp do danych osobowych Użytkownika mogą mieć następujące kategorie podmiotów:

- a) upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, w tym partnerzy Administratora, którzy na podstawie odrębnej umowy pod marką Administratora prowadzą salony depilacji laserowej,
- b) dostawcy usług zaopatrujących Administratora w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług (w szczególności firmy kurierskie i pocztowe, podmioty świadczące usługi IT, marketingowe, dostawcy usług prawnych i doradczych oraz ich upoważnieni pracownicy i współpracownicy).

Administrator nie będzie przekazywać ani zezwalać na przekazywanie Pana/Pani danych osobowych poza terytorium EOG, chyba że podejmie środki niezbędne do zapewnienia, że przekazanie jest zgodne z RODO.

Ma Pani/Pan prawo do:

- a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- b) sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- c) usunięcia danych – jeżeli Pani/Pana zdaniem nie ma podstaw do tego, abyśmy przetwarzali jej/jego dane;
- d) ograniczenia przetwarzania danych – jeżeli Pani/Pana zdaniem mamy nieprawidłowe dane na Pani/Pan temat lub przetwarzamy je bezpodstawnie; lub nie chce Pani/Pan, żebyśmy je usunęli, bo są Pani/Panu potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń; lub na czas wniesionego przez Panią/Pana sprzeciwu względem przetwarzania danych;
- e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celu prowadzenia marketingu bezpośredniego w tym profilowania oraz prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu w celach innych niż marketing bezpośredni, a także, gdy przetwarzanie jest nam niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub do sprawowania powierzonej nam władzy publicznej;
- f) przenoszenia danych – ma Pani/Pan prawo otrzymać od Administratora w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego swoje dane osobowe, które dostarczyła Pani/dostarczył Pan Administratorowi na podstawie umowy lub zgody, może też Pani/Pan zlecić Administratorowi przesłanie tych danych bezpośrednio innemu podmiotowi;
- g) wniesienia skargi do organu nadzorczego - jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzamy jej/jego dane niezgodnie z prawem, może Pani/Pan złożyć w tej sprawie skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- h) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych – w każdej chwili ma Pani/Pan prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie tych danych osobowych, które Administrator przetwarza na podstawie Pana/Pani zgody; cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Okres przechowywania danych

Dane osobowe przekazane przez Panią/Pana będą przetwarzane w zakresie i przez okres niezbędny do realizacji celów, dla których zostały zebrane. Okres ten nie jest możliwy do jednoznacznego określenia i zależy od decyzji dotyczących korzystania z usług Administratora, w związku z którymi dane zostały pozyskane. W związku z umowami, które wygasły lub zostały rozwiązane, czas przetwarzania danych osobowych przez Administratora determinują okresy przedawnienia roszczeń z Kodeksu Cywilnego oraz obowiązki z zakresu prawa podatkowego i rachunkowości, a zatem nie będziemy przetwarzać danych dłużej niż 6 lat od zakończenia trwania umowy. Dane osobowe przetwarzane w celach objętych oświadczeniem zgody będą przetwarzane w tych celach do czasu odwołania zgody.

✓
/data i podpis/

Lp.	Data wizyty i podpis osoby wykonującej zabieg	Podpis/Zgoda pacjenta	Część ciała i parametry zabiegu	Zapłata (pojedynczy/pakiet)	Karta/gotówka	Dodatkowe uwagi
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						