



FORMULARZ ZABIEGU PRZEKŁUCIA UCHA ORAZ FORMULARZ ZLECENIA

WAŻNE TYLKO Z ORYGINALNYMI PRODUKTAMI STUDEX®



Imię i nazwisko klienta: _____

Data urodzenia: _____

Wiek: _____

Adres: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Data / punkt / pieczęć

ZGODA NA PRZEKŁUCIE UCHA

Niniejszym wyrażam zgodę na dokonanie, na moją prośbę, zabiegu przekłucia mojego ucha/uszu przez osobę trzecią. **W trakcie rozmowy objaśniającej zostałem/am poinformowany/a o ryzyku wiążącym się z przekłuciem płatka ucha/ chrząstki ucha, a także przeczytałem/am i zrozumiałem/am poniższe informacje.**

Własnoręcznym podpisem ja (klient) poświadczam prawdziwość tego co następuje:

- Nie choruję na cukrzycę, epilepsję, zapalenie wątroby, hemofilię. Nie jestem nosicielem wirusa HIV. Nie odczuwam zawrotów głowy ani dolegliwości związanych z sercem. Nie przyjmuję leków rozrzedzających krew.
- Nie jestem pod wpływem działania narkotyków lub alkoholu.
- **Otrzymałem/am kopię "Instrukcji postępowania po zabiegu" STUDEX®, którą przeczytałem/am i zrozumiałem/am.**
- Jestem świadomy/a odmienności postępowania po zabiegu w zależności od tego, czy przekłuty został płatek czy chrząstka ucha. Zapoznałem/am się z wynikającymi z tego różnicami.
- Rozumiem możliwość wystąpienia infekcji w przypadku niewłaściwego postępowania po zabiegu, nietolerancji metalu lub z innych przyczyn. Najczęstszą przyczyną infekcji jest nieprzestrzeganie Instrukcji postępowania po zabiegu.
- W związku z powyższym zaleca się postępowanie zgodne z "Instrukcją postępowania po zabiegu" w celu uniknięcia trwałych uszkodzeń.
- Zdaję sobie sprawę, że ze względu na charakterystykę tkanki chrząstkowej i/lub niewłaściwe postępowanie po zabiegu jej przekłucia istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia zaczerwienienia, opuchlizny, infekcji i blizn keloidowych, co może prowadzić do zmian trwałych w przekłutej części chrząstki.
- Wiem, że wystawianie świeżo przekłutych uszu na działanie określonych czynników środowiskowych, tj. intensywne światło słoneczne, pływanie czy uprawianie innych sportów może zwiększyć ryzyko infekcji.
- W sporadycznych przypadkach zaistnienia konieczności opieki medycznej po zabiegu przekłucia ucha lub w przypadku wynikłych z niego uszkodzeń, istnieje prawdopodobieństwo, że ubezpieczyciel obciąży mnie częścią kosztów lub częściowo bądź całościowo odmówi wypłacenia zasiłku chorobowego za okres opieki medycznej. Może również zażądać zwrotu raz wypłaconych świadczeń.
- Potwierdzam, że ukończyłem/am 18 lat, lub – w przypadku składania podpisu w imieniu osoby niepełnoletniej – że jestem jej rodzicem lub opiekunem prawnym. Zdaję sobie sprawę z konsekwencji prawnych składania fałszywego oświadczenia w tej kwestii.
- Zwalniam wyżej wymieniony punkt z wszelkiej odpowiedzialności za jakiegokolwiek bezpośrednie lub pośrednie szkody mogące wyniknąć w wyniku poddania się zabiegowi przekłucia ucha oraz odstępuję od wnoszenia jakichkolwiek roszczeń w stosunku do wyżej wymienionego punktu, dystrybutora i producenta.
- **Dodatkowe warunki:**

- **Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu przekłucia płatka/ów lub/ chrząstki ucha/uszu mojego/moich lub wyżej wymienionej osoby niepełnoletniej. Zostałem szczegółowo poinformowany/a o potencjalnym ryzyku.**
- **Biorę pełną odpowiedzialność za siebie lub za wyżej wymienioną osobę niepełnoletnią.**
- **Niniejszym poświadczam prawdziwość powyższego własnoręcznym podpisem.**

Podpis klienta

Data

Podpis rodzica/opiekuna prawnego (wymagany dla osób poniżej 18 roku życia)

ZGODA NA PRZETWARZANIE I WYKORZYSTYWANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH REKLAMOWYCH I BADANIA RYNKU

Dane osobowe przekazane wyżej wymienionemu punktowi będą przechowywane i wykorzystywane wyłącznie przez ten punkt. Dane będą wykorzystywane wyłącznie w celach reklamowych i badaniach rynku przez wyżej wymienioną firmę. Nie nastąpi przekazanie danych osobom trzecim, włączając w to oddziały lub firmy w jakiegokolwiek inny sposób współpracujące z wyżej wymienionym punktem. Własnoręcznym podpisem wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych w celach reklamowych i badania rynku przez wyżej wymienioną firmę. Reklama oraz badania rynku mogą odbywać się drogą mailową, pocztową, smsową/telefoniczną.

Podpis klienta

Data

Podpis rodzica/opiekuna prawnego (wymagany dla osób poniżej 18 roku życia)

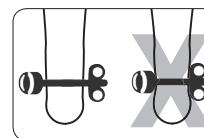


INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA PO ZABIEGU



ZALECENIA NA OKRES SZĘŚCIU TYGODNI:

- Dokładnie myj ręce przed dotknięciem kolczyka lub ucha.
- Preparat do pielęgnacji przekłutych uszu Studex należy dwa razy dziennie nakładać z przodu i z tyłu ucha po 24 godzinach od przekłucia, nie wyjmując przed tym kolczyka. Nakładaj preparat z przodu i z tyłu ucha w obrębie przekłucia i delikatnie przesuwaj kolczyk do przodu i tyłu. Pomiedzy przemywaniem zadбай o to, by miejsca przekłucia były suche.
- Zwracaj uwagę, aby na ucho nie przedostał się lakier do włosów, szampon lub inne preparaty. Po umyciu włosów należy przepłukać ucho czystą wodą, a następnie nałożyć na nie preparat do pielęgnacji przekłutych uszu.
- Przez pierwsze 6 tygodni nie wyjmuj kolczyków. Unikaj dotykania uszu i/lub kolczyków, jeżeli nie jest to konieczne.
- Utrzymuj zatyczkę kolczyka we wgłębieniu w szytym kolczyka, a przy każdym zabiegu pielęgnacyjnym kontroluj, czy znajduje się ona w odpowiednim miejscu. W ten sposób zapewnione jest odpowiednie ułożenie kolczyka oraz dostateczny dopływ powietrza do przekłutego kanału. Zbyt ciasne zapięcie kolczyka może doprowadzić do infekcji (patrz rys.).



☐ PRZEKŁUWANIE PŁATKA UCHA:

- Pozostaw sztyft w uchu przez nieprzerwany okres sześciu tygodni. Po sześciu tygodniach sztyft może zostać usunięty i zastąpiony innym.
- Przez pierwsze sześć miesięcy po zabiegu przekłucia, używaj wyłącznie lekkich kolczyków sztyftowych.
- Sztyft powinien być wykonany z chirurgicznej stali nierdzewnej lub innego materiału o właściwościach hipoałergicznym.
- Bezpośrednio po zabiegu może wystąpić lekka opuchlizna i/lub zaczerwienienie. Jest to normalna reakcja, która powinna ustąpić w przeciągu 48 godzin o ile przestrzegana jest niniejsza instrukcja postępowania po zabiegu przekłucia. Jeżeli wystąpi nadmierny ból/opuchlizna/zaczerwienienie, zwróć się natychmiast po pomoc medyczną.

☐ ZABIEG PRZEKŁUCIA CHRZĄSTKI UCHA:

- Pozostaw sztyft w uchu przez nieprzerwany okres dwunastu tygodni. Po dwunastu tygodniach sztyft może zostać usunięty i zastąpiony innym.
- Przez pierwsze dwanaście miesięcy po zabiegu przekłucia, używaj wyłącznie lekkich kolczyków sztyftowych.
- Sztyft powinien być wykonany z chirurgicznej stali nierdzewnej lub innego materiału o właściwościach hipoałergicznym.
- Ze względu na charakterystykę chrząstki ucha, po zabiegu należy zachować szczególną ostrożność przez cały okres gojenia. Bezpośrednio po zabiegu może wystąpić lekka opuchlizna i/lub zaczerwienienie. Jest to normalna reakcja, która powinna ustąpić w przeciągu 48 godzin o ile przestrzegana jest niniejsza Instrukcja postępowania po zabiegu przekłucia. Jeżeli wystąpi nadmierny ból/opuchlizna/zaczerwienienie, zwróć się natychmiast po pomoc medyczną.
- **Uwaga:** Niezastosowanie się do procedur postępowania po zabiegu przekłucia lub nieszukanie pomocy medycznej w przypadku wystąpienia komplikacji, mogą doprowadzić do trwałego uszkodzenia małżowiny usznej.

WSKAZÓWKI SPOSOBU USUNIĘCIA SZTYFTU PO ZAKOŃCZONYM OKRESIE GOJENIA:

- Przytrzymaj główkę sztyftu paznokciem jednej dłoni, a zapinkę drugą ręką.
- Odciągnij od siebie obydwie części jednocześnie przekraczając jedną z nich w prawą a drugą w lewą stronę.
- Jeśli zapinka przylega zbyt ciasno, przyłóż do niej wacik nasączony płynem do pielęgnacji przekłutych uszu STUDEX i przytrzymaj przez 4–5 minut.
- Powtórz pierwsze trzy kroki, a usunięcie zatyczki będzie łatwiejsze.

