

ASIAKASSOPIMUS

KESTOPIGMENTOINTI/MICROBLAIDING

Päivämäärä ____/____/____

SOPIMUKSEN OSAPUOLET

Tekijän nimi:

Asiakkaan nimi:

Syntymäaika:

Puhelinnumero:

Sähköposti:

Tekijä kirjaa tehdyn toimenpiteen ja käytetyt tuotteet.

-
-
-
-

Sopimuksen ehdot

1. Tämä sopimus ei poista ammattilaisen vastuuta tehtävästä toimenpiteestä, vaan selkeyttää hoidon kulkua asiakkaalle.
2. Asiakas ymmärtää, että perus-pigmentointihoito on valmis yleensä vasta toisen käyntikerran (vahvistuskerran) jälkeen. Nämä kaksi käsittelyä kertaa määrittävät pigmentoinnin hinnan.
3. Joskus tarvitaan kuitenkin useampikin toimenpide. Näissä tapauksissa kyseessä on todennäköisesti asiakkaan kudostyyppi tai laiminlyöty kotihoito. Nämä mainitut lisävahvistukset eivät sisälly pigmentoinnin hintaan vaan ne veloitetaan asiakkaalta.
4. Asiakas ymmärtää, että pigmentoinnin havainnollistamiskuvat ovat suuntaa antavia ja tarkoituksena ei ole suoraan kopioida niitä, eikä se ole mahdollista. Kuvien tarkoitus on selkeyttää yhteisymmärrystä.
5. Asiakas ymmärtää, että hänen oma kudostyyppi sekä ihonväri vaikuttavat myös lopputulokseen.
6. Ammattilainen katsoo, miten pigmentointi olisi parasta toteuttaa, millaisella tekniikalla päästäisiin parhaimpaan mahdolliseen, onnistuneeseen lopputulokseen.
7. Ammattilainen ja asiakas sopivat yhdessä tehtävän tekniikan.
8. Ammattilainen tekee tarkat mittaukset ja piirtää asiakkaalle luonnoksen niiden pohjalta. Tämän jälkeen asiakas ja ammattilainen tekevät halutut muutokset ja pigmentoiminen aloitetaan vasta asiakkaan hyväksyttyä malli.
9. Asiakas vakuuttaa olevansa täysi-ikäinen.
10. Asiakas vakuuttaa, että ei ole päihteiden vaikutuksen alaisena saapuessaan hoitoon. Hoitolalla on oikeus veloittaa hoidon summa 100 %:sesti, jos asiakas todetaan päihtyneeksi.

11. Asiakas vakuuttaa antavansa alla oikeat tiedot terveyden tilastaan.
12. Asiakas vakuuttaa, että hänellä ei ole HIV- tai hepatiitti-infektiota.

Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma?

Ei

Kyllä

Jos vastasit kyllä, niin mikä?

Syötkö säännöllisesti jotakin lääkettä? Mitä?

Onko sinulla allergiaa? mille olet allerginen?

13. Asiakas ymmärtää, että huulipigmentointi voi aktivoida huuliherpeksen. Jos olet altis huuliherpekselle, estolääkitys tulisi aloittaa ohjeen mukaisesti.
14. Asiakas vakuuttaa, ettei hänellä ole isotretioniini/ Roacudus lääkettä käytössä.
15. Jos asiakkaalla on lääkärin lupaa vaativa sairaus, on hänen konsultoitava omaa lääkäriään ennen hoidon varaamista ja tehtävä itse päätös hoidon toteuttamisesta. Asiakas ottaa pigmentointihoidon omalla vastuullaan. Jos iho reagoi ennakoimattomalla tavalla, on tämä asiakkaan omalla vastuulla eikä hoidon hintaa hyvitetä. Harvoissa tapauksissa voi asiakkaalla olla erittäin suuri arpikudoksen liikakasvu tai yllättävässä kohtaa verisuoni, joka vuotaa niin, että juuri kyseiseen kohtaan ei voi pigmentointia onnistuneesti toteuttaa. Myöskään luomien päälle ei pigmentoida.
16. Asiakas vaakuuttaa konsultoineensa ammattilaista jos hänelle jäi epäselvyyttä terveyteen liittyvistä asioista.
17. Asiakas vakuuttaa tutustuneensa hoitolan netti/ Facebook sivustoon, jossa lisätietoja tästä hoitotavasta.
18. Asiakas vakuuttaa ymmärtävänsä mitä tarkoittaa kestopigmentointi toimenpide, että se on mahdollisesti useita vuosia pysyvä toimenpide jonka poistaminen on kallista ja hankalaa. Toisinaan jopa mahdotonta.
19. Kasvojen täyttöhoidot suositellaan tehtäväksi hyvissä ajoin ennen tai jälkeen hoidon.
20. Erittäin harvoissa tapauksissa kudosten alainen värin leviämiskasvu (eyeliner). Asiakas vakuuttaa ymmärtäneensä pigmentointivärin leviämiskasvun ihonalalisiin kudoksiin ja kantaa itse tästä vastuun, jos leviäminen pääsee tapahtumaa ja vapauttaa hoitolan vastuusta tässä tilanteessa.
21. Asiakas kantaa itse vastuun, jos hoidon yhteydessä ilmenee puudutus allergioita ja vapauttaa hoitolan vastuusta tässä tilanteessa.
22. Asiakas sitoutuu noudattamaan kotihoito-ohjeita: Kirjallinen ohje.

23. Asiakas ei ole oikeutettu rahojen palautukseen tai työn ilmaiseen korjaukseen jos hän on muuttanut mielipidettään mallista, paksuudesta tai väristä toimenpiteen jälkeen. Nämä kaikki muutokset ovat maksullisia.

Sopimuksen allekirjoitus tehdään hoidon yhteydessä,

Paikka ja päivämäärä: _____ / ____ / ____

Asiakkaan allekirjoitus:

Hoitajan allekirjoitus: