Информированное добровольное согласие Клиента об услуге  
по окрашиванию бровей и ресниц хной.  
  
  
​Клиент (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Данный документ является письменным выражением моего согласия, данного Мастеру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на проведение мне услуги по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
​Мне известно, что данная услуга может быть связана как с состоянием организма Клиента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная непереносимость которых не регламентирована какими-либо документами.  
  
Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
поставила в известность мастера, обо всех проблемах с моим здоровьем, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости.  
Я ознакомлена с противопоказаниями для выполнения данной услуги, такими как:  
- острые воспалительные заболевания общие и местные, в том числе герпес на любом участке тела;  
- гипертоноческая болезнь в стадии декомпенсации;  
- онкология, ВИЧ, гепатит;  
- сахарный диабет;  
- нарушение свертываемости крови;  
- период месячных, беременность, лактация;  
- аутоиммунные заболевания;  
- отягощенный аллергоанамнез.  
  
Я осведомлена с перечнем осложнений, которые могут возникнуть в процессе или после выполнения мне данной услуги:  
- аллергические реакции в виде крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока и т.д.  
  
Я подтверждаю, что мне разъяснены и я понимаю ход и особенности предстоящих процедур.  
Я ознакомлена и получила доступную информацию, касающуюся данной услуги и условий ее получения.  
Я внимательно ознакомлена с данным Документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.  
Мне была предоставлена возможность задать все вопросы о предстоящих процедурах.  
Я доверяю мастеру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и даю добровольное согласие на проведение процедуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
  
  
  
Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Памятку по уходу с рекомендациями и предписаниями мастера получил(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_