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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_