

Samtykkeformular

Hudpleje og ansigtsbehandlinger

Virksomhedsnavn

KLIENTOPLYSNINGER

Fulde navn

Telefonnummer

Email

Fødselsdato

JEG BEKRÆFTER, AT

- ☐ Jeg har delt nøjagtige oplysninger om mit helbred, medicin og hud.
- ☐ Jeg forstår, at rødme eller følsomhed kan opstå efter nogle behandlinger.
- ☐ Jeg vil følge efterbehandlingsrådene, inklusive solbeskyttelse.

Jeg accepterer, at der kan tages billeder af resultatet til min journal: ☐ Ja ☐ Nej

Jeg accepterer, at virksomheden opbevarer oplysningerne i denne formular for at levere tjenesten og så længe loven kræver det. Jeg kan til enhver tid bede om at se, rette eller slette mine data.

Klientsignatur

Specialistens underskrift

Dato