

Samtykkeformular

Tatovering og permanent makeup

Virksomhedsnavn

KLIENTOPLYSNINGER

Fulde navn

Telefonnummer

Email

Fødselsdato

JEG BEKRÆFTER, AT

- ☐ Jeg er myndig til at modtage denne behandling i mit land.
- ☐ Jeg har fortalt kunstneren om helbredstilstande, medicin og allergier.
- ☐ Jeg forstår, at resultatet er langvarigt, og at fjernelse kan være vanskelig.
- ☐ Jeg forstår helingsprocessen og vil følge efterbehandlingsrådene.

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