

Samtyckesformulär

Fransar och bryn

Företagsnamn

KUNDUPPGIFTER

Fullständigt namn

Telefonnummer

E-post

Födelsedatum

JAG BEKRÄFTAR ATT

- ☐ Jag har informerat tekniker om ögonproblem, allergier och kontaktlinser.
- ☐ Ett patchtest före toning eller lyft rekommenderades till mig.
- ☐ Jag kommer att hålla ögonen stängda under proceduren och säga till om jag känner obehag.
- ☐ Jag har fått och förstått eftervårdsråden.

Jag godkänner att foton av resultatet tas för min journal: ☐ Ja ☐ Nej

Jag godkänner att företaget behåller informationen i detta formulär för att tillhandahålla tjänsten och så länge lagen kräver. Jag kan när som helst begära att få se, korrigera eller radera mina uppgifter.

Kundens signatur

Specialistens signatur

Datum