

# Samtyckesformulär

Hudvård och ansiktsbehandlingar

Företagsnamn

## KUNDUPPGIFTER

Fullständigt namn

Telefonnummer

E-post

Födelsedatum

## JAG BEKRÄFTAR ATT

- ☐ Jag har delat korrekt information om min hälsa, medicinering och hud.
- ☐ Jag förstår att rodnad eller känslighet kan uppstå efter vissa behandlingar.
- ☐ Jag kommer att följa eftervårdsråden, inklusive solskydd.

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