



KÉRDŐÍV KOZMETIKAI TETOVÁLÁS ELŐTT

1. Elmúlt már 18 éves? (Ha nem, csak szülői beleegyezéssel tetoválhatunk!) **IGEN / NEM**
2. Készült már korábban sminktetoválása? (A régi szín módosíthatja a végleges színt.) **IGEN / NEM**
3. Kezeli-e bármilyen krónikus vagy akkut betegséggel (krónikus betegség esetén orvosi igazolást kérünk, akkut betegség esetén meg kell várni a teljes gyógyulást) **IGEN / NEM**
4. Áll bármilyen bőrgyógyászati kezelés alatt? **IGEN / NEM**
5. Tudomása van bármilyen (Lidocain, növény, fém stb.) allergiáról? (ha igen akkor csak előzetes allergia teszt esetén végzünk tetoválást, ha nincs, akkor saját felelősségre allergia teszt nélkül is) **IGEN / NEM**
6. Van-e immunrendszer problémája? (Ha igen, nem tetoválunk) **IGEN / NEM**
7. Volt-e plasztikai vagy egyéb sebészeti beavatkozása 3 hónapon belül, ha igen, mikor, melyik testrészén? **IGEN / NEM**
8. Tervezi a közeljövőben plasztikai vagy egyéb sebészeti beavatkozás igénybevételét? (Sminktetoválás után minimum 1 hónapig javasolt várni vele.) **IGEN / NEM**
9. Cukorbeteg? (Lassan és nehezen gyógyul a bőr, saját felelősségre tetoválunk) **IGEN / NEM**
10. Van bármilyen sebgyógyulási problémája? **IGEN / NEM**
11. Hajlamos keloid képződésre? (ha igen, nem tetoválunk) **IGEN / NEM**
12. Van, vagy volt-e bármilyen szívbetegsége, szívműtété? (Csak orvosi hozzájáruló nyilatkozat esetén tetoválunk) **IGEN / NEM**
13. Magas a vérnyomása? (Vérzékenyebb lehet a bőr.) **IGEN / NEM**
14. Szed bármilyen véralvadást gátló hatású készítményt? (Beleértve a gyógynövényeket is!) Ebben az esetben csak a kezelőorvos írásos jóváhagyásával végezhetjük el a beavatkozást. **IGEN / NEM**
15. Volt szemműtété 1 éven belül? **IGEN / NEM**
16. Hord kontaktlencsét? (24 óráig ne viselje tetoválás után.) **IGEN / NEM**
17. Szokott vért adni? (Tetoválás után 1 évig tilos a véradás.) **IGEN / NEM**
18. Várandós? (Az első és az utolsó trimeszterben TILOS tetoválni!) **IGEN / NEM**
19. Szoptat? (Az érzéstelenítő hathat a babára is.) **IGEN / NEM**
20. Volt már herpesze? (Valószínűleg ki fog jönni, előzetes kezelés javasolt az orvos által tanácsolt formában és módon. Gyógyszeres kezelési lehetőségek: Telviran, Epavír, homeopátiás készítmények **IGEN / NEM**
21. Jelenleg van herpesze? (Tilos tetoválni!) **IGEN / NEM**

Vendég adatok

Név:

Születési dátum:

Kezelési dátum:

.....

Aláírás