

## זרופס הסכמה לאיפור קבוע (טיפול מיקרופיגמנטציה)

טיפול לאיפור קבוע (מיקרופיגמנטציה) הנו קוסמטי ומטרתו להדגיש ולחזק את תווי האזור בו נעשה הטיפול. הטיפול מתבצע ע"י החדרת פיגמנטים של צבע לעור (לחת עור) ע"י מחט זעירה (חשמלית). הטיפול מתבצע לאחר אלחוש מקומי בלבד.

פרטי הלקוחה:

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי קיבלתי מפורט בעל פה מהגב'		

### הוסבר לי:

1. אופי ושיטת הטיפול באופן משביע רצון, כולל הסיכונים והסיכויים שעלולים להתרחש במהלך ולאחר הטיפול.
  2. אני מבינה ומקבלת שאיפור קבוע (מיקרופיגמנטציה) הוא תהליך, שלעיתים דורש יותר מהנחת צבע אחד על מנת להשיג את התוצאות הרצויות. הדגשה נוספת תבוצע בתקופה של עד חודשיים ימים ממועד הטיפול הראשון, ללא תשלום נוסף. כמו כן, אני מבינה שלא ניתן להבטיח 100% אחוזי הצלחה. כמו כן, אני מבין/נה שמשך הטיפול תלוי בשינויים המבוקשים ובמחודולוגיה שהמטפלת חושבת למתאימה. משך הזמן להשלמת הטיפול משתנה מאדם לאדם: (א) סוג הטיפול, (ב) עובי ועומק איזור הטיפול, (ג) הצבע הרצוי, (ד) קבלת/קליטת הפיגמנט.
  3. ידוע לי, שכמו בכל טיפולי המיקרופיגמנטציה, זהו תהליך קוסמטי נבחר, שאינו מדע מדויק, אלא יותר בגדר אומנות. אני מקבלת/ת על עצמי אחריות להחליט על קביעת הצבע, הצורה ומיקום הגבות, תוחם העיניים, תוחם השפתיים ו/או צביעת שפתיים מלאה, קעקוע עטרה או הצבע והמיקום של הקומופלאג' (ההסוואה).
  4. אני מבינה שלרשותי עומד מבחן עור/צבע לפחות 2-5 ימים לפני הטיפול לבדיקת פיגמנטים עם תחמוצת ברזל ו-4 3 שבועות לבדיקת צבעים/חומרי צביעה אורגניים. הוסבר לי שמטרת המבחן הינה לאתר תגובה אלרגית אפשרית לפיגמנטים/חומרי צביעה וכן בכדי לקבוע האם בחרתי בצבע הפיגמנט/חומר הצביעה הנכון/המתאים. אני מבינה שמבחן עור/צבע זה אינו יכול להבטיח ב-100% שאיני אלרגית לפיגמנט.
  5. אני מבין/ה שבכדי להשיג את התוצאות הטובות ביותר, הכרחית בנייה הדרגתית של הצבע הדרושת הנחות רבות של צבע. אני מבינה בנוסף שתוצאות הטיפול שלי נקבעות בחלקן ע"י הפתולוגיה הטיבעית של סוג העור שלי אך אינה מוגבלת לגורמים הבאים: (א) תרופות שנלקחות על ידי כרגע, (ב) מאפייני העור: יובש, שומניות, נזקי שמש, עובי, נזק כימי לצבע וכיו"ב, (ג) השילוב של צבע עורי עם צבעי הפיגמנטים/חומרי הצביעה, (ד) חומציות העור שלי, העלולה להשתנות מביקור לביקור, (ה) צריכת אלכוהול, עישון וכו', (ו) הטיפול שאחרי, (ז) מצב הבריאות הנוכחי.
  6. קיבלתי את ההוראות שלאחר הטיפול, חזרתי עליהן ואני מבין/ה אותן כפי שנמסרו לי ומסכים/ה לבצע אותן.
  7. אני מבין/ה שהטיפול כרוך במידה מסוימת של אי נוחות.
  8. הוסבר לי שהאפשרויות הבאות עלולות להתרחש עם סיום הטיפול: דימום חלש וזמני, פצעים/תבורות, אודם או גוון לא אחיד אחר של העור, התנפחות, שלפוחיות חום על אשור השפה לאחר טיפולים לשפתיים אצל אלו הנוטים לכך, צלקות אפשריות, נדידה/אגירת פיגמנט/צבע, זיהום, תגובה אלרגית לפיגמנטים/חומרי הצביעה, ו/או דהייה או אובדן הצבע. הוסבר לי שעלי להימנע מתרומת דם למשך שנה אחת לאחר הטיפול.
  9. אני מבין/ה שעלי לידע את הרדיולוג שיש לי פיגמנט איפור קבוע של תחמוצת הברזל באם עלי לקבל טיפול MRI (magnetic Resonance Imaging).
  10. אני מבין/ה שטיפול זה ידהה ודהייה זו יכולה לשנות את הצבע המקורי של הפיגמנט/חומר הצביעה ושזה מעיד על כך שפשוט הגיע הזמן לביקור לצורך ליטוש/חידוש.
  11. אני מסכים/ה לבצע את כל ההוראות של לפני ואחרי הטיפול כפי שניתנו והוסברו לי על ידי המטפלת
- אני מסכים/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול כמקובל בתחום האסתטי, למטרת תיעוד. הובהר לי כי יכול להיווצר צורך לבצע תיקון במרפאה. הוסבר לי כי תיקון זה, במידה ויהיה בו צורך ובהחלטת המטפלת, יבוצע עד חצי שנה ממועד הטיפול הראשון ללא תשלום נוסף, אולם הנני מתחייב/ת לשלם עבור הוצאות חומרים.

תאריך	שעה	חתימת הלקוחה
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטפלת/ת של הלקוחה/ה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
שם המטפלת/ת		חתימת המטפלת/ת