

DATUM FÖR KONSULTATION: .....

BESÖK HOS: .....

# Akademikliniken Hälsodeklaration Kosmetisk tatuering

## NAMN OCH PERSONUPPGIFTER

Namn .....

Personnr .....

Adress .....

Telefon .....

E-mail .....

Yrke/Sysselsättning .....

*Den personliga information som vi samlar in hanteras på ett ansvarsfullt sätt med hänsyn till din integritet. Vi hanterar alla personuppgifter i enlighet med gällande lagstiftning. Läs gärna mer på [ak.se/integritetspolicy](http://ak.se/integritetspolicy).*

## JAG SAMTYCKER TILL ATT NI SKICKAR INFORMATION TILL MIG PÅ FÖLJANDE SÄTT:

Nyhetsbrev  E-mail  
Patientrelaterad information  E-mail  Brev  Sms  
Kundundersökning  E-mail

## HÄLSOINFORMATION

Har du läppherpes (dvs herpes i ansiktet)? .....  Ja  Nej

Har du någon form av blodsmitta?

Om ja, vilken? .....  Ja  Nej

Har du tendens att blöda lätt eller länge vid sårskador? .....  Ja  Nej

Får du lätt stora blåmärken? .....  Ja  Nej

Har du haft hepatit (gulshot)? .....  Ja  Nej

Har du Alopecia? .....  Ja  Nej

Jag är väl informerad om micropermanent-makeup och är medveten om infektionsrisk, färgutfall och beständighetens olikheter på olika hudtyper .....  Ja

Jag har tagit del av informationen kring micropermanent-makeup och känner till de instruktioner jag bör följa efter genomförd behandling .....  Ja

Jag intygar att ovanstående uppgifter är sanna och är införstådd med att osanna/ ofullständiga uppgifter kan innebära en säkerhetsrisk vid min behandling.

ORT OCH DATUM .....

NAMNTECKNING .....