

Tetovačky od Leničky

Dotazník o zdravotním stavu klienta

Jméno klienta:..... **Telefon:**

E-mail:

Prosím vyplňte pravdivě následující tabulku.

Klient je starší 18 let	☐ ANO ☐ NE
Infekční onemocnění - chřipka, angina, viroza apod. Hepatitida typu A, B nebo C	☐ ANO ☐ NE
HIV pozitivní	☐ ANO ☐ NE
Diabetes Mellitus – cukrovka	☐ ANO ☐ NE
Alergie	☐ ANO ☐ NE
Těhotenství, šestinedělí, kojení	☐ ANO ☐ NE
Opary	☐ ANO ☐ NE
Sklon k tvorbě keolidních jizev	☐ ANO ☐ NE
Omamné látky alkohol, drogy apod.	☐ ANO ☐ NE
Porucha srážlivosti krve	☐ ANO ☐ NE
Epilepsie	☐ ANO ☐ NE
Onkologické onemocnění	☐ ANO ☐ NE
Ostatní kožní onemocnění – ekzémy, vyrážky apod.	☐ ANO ☐ NE

Pokud víte o nějaké jiné okolnosti, proč by nemohla být provedena aplikace tetováže. Prosím uveďte.

Prohlášení

Potvrzuji, že jsem vědomě nezamlčel/a žádné okolnosti, nemoci a indispozice, které mají vliv na tetování. Dále potvrzuji, že jsem v dobré fyzické a psychické kondici, a že z mé strany nic nebrání provedení tetováže.

Info pro dárce krve: pokud jsi dárce krve, musíš počítat s tím, že půl roku po tetování nebudeš moci krev darovat.

Datum: **Podpis klienta:**