

**OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ZABIEG Z ZASTOSOWANIEM  
Kwasów EKSfoliujących CHANTARELLE Laboratory Derm Aesthetics**

DATA ZABIEGU: .....

NAZWA GABINETU:  
.....

**Prosimy o zapoznanie się z listą poniżej wymienionych przeciwwskazań .**

**Jeżeli którekolwiek z niżej wymienionych przeciwwskazań występuje u Pani/Pana, prosimy NIE podpisywać oświadczenia zgody na zabieg. Podpisanie zgody na zabieg przez Panią/Pana oznacza poświadczenie braku przeciwwskazań do zabiegu.**

**Przeciwwskazania do zabiegów z kwasami CHANTARELLE Laboratory Derm Aesthetics:**

- aktywne nerwice naczyniowe
- alergia na daną substancję złuszczającą
- plamy i znamiona nietypowego kształtu wymagają konsultacji dermatologicznej
- ciężkie postaci trądziku
- przerwanie ciągłości naskórka
- aktywna opryszczka, infekcje wirusowe i bakteryjne skóry
- wykwity ropne na skórze
- aktywna opryszczka
- po krioterapii oraz leczeniu retinoidami – wymagana przerwa min. 6 miesięcy
- grzybicze zakażenie skóry
- brodawki skórne
- liczne zmiany barwnikowe skóry
- nowotwory skóry
- skłonność do powstawania blizn
- nałogowe opalanie (tanoreksja)
- ciąża i karmienie piersią
- po zabiegach chirurgicznych – wymagana przerwa min. 6 miesięcy
- po krioterapii oraz leczeniu retinoidami – wymagana przerwa min. 6 miesięcy

**Deklaracja zgody na zabieg z zastosowaniem**

**Kwasów EKSfoliujących CHANTARELLE Laboratory Derm Aesthetics .**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z powyżej zamieszczonymi przeciwwskazaniami i wobec ich niewystępowania u mnie, wyrażam zgodę na zabieg z zastosowaniem Kwasów EKSfoliujących CHANTARELLE Laboratory Derm Aesthetics.

.....  
Czytelny podpis klientki/-ta, data

.....  
Czytelny podpis specjalisty wykonującego zabieg, data