BLACKHOLE TATTOO

**Dotazník o zdravotním stavu klienta**

Jméno: ………………………………….

Příjmení: ………………………………….

Prosím vyplňte pravdivě následující tabulku, nehodící škrtněte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klient je starší 18 let | ANO | NE |
| Infekční onemocnění - chřipka, angina, viroza apod. | ANO | NE |
| 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 |
| Opary | 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 dárcem krve, musíš počítat s tím, že půl roku po tetování nebudeš moct krev darovat.

V ………………… dne …………………

Podpis klienta