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.	☐ 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
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.

<u>Prohlášení</u>

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.

Datum: ……

Podpis klienta: ……..