

GENESIS TATTOO & PIERCING - SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

INFORMOVANÝ SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S APLIKACÍ PIERCINGU NEZLETILÉ OSOBY

Formulář určený k vytištění, ručnímu vyplnění a podpisu

Důležité: Formulář musí vyplnit a podepsat zákonný zástupce. Souhlas musí být doručen Studiu před zákrokem. Studio je oprávněno jeho pravost ověřit telefonicky, e-mailem nebo osobně a může vyžadovat osobní přítomnost zákonného zástupce. Tento formulář sám o sobě nezakládá nárok na provedení piercingu.

1. Identifikace Studia

Provozovatel	Zdeněk Kubánek
IČO	72767499
Studio	Genesis Tattoo & Piercing
Provozovna	Karlovo náměstí 83, 413 01 Roudnice nad Labem
Sídlo podnikatele	Lukešova 357, 411 08 Štětí
Telefon / e-mail	+420 604 536 717 / Zakk.Noir@email.cz
Pracovník provádějící zákrok	

2. Identifikace nezletilé osoby

Jméno a příjmení	
Datum narození	Věk v den zákroku:
Adresa bydliště	
Telefon / e-mail (volitelné)	

3. Identifikace zákonného zástupce

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa bydliště	
Vztah k nezletilé osobě	☐ matka ☐ otec ☐ poručník ☐ jiný zákonný zástupce
Telefon	
E-mail	

4. Přesné vymezení zákroku

Zákonný zástupce uděluje souhlas výhradně s níže přesně uvedeným piercingem. Změna místa nebo druhu piercingu vyžaduje nový nebo dodatečně potvrzený souhlas zákonného zástupce.

Druh piercingu a přesné místo aplikace	
Materiál a typ šperku	
Datum a čas plánovaného zákroku	

Případná omezení nebo podmínky rodiče**5. Poučení o povaze zákroku a možných rizicích**

Byl/a jsem srozumitelně poučen/a, že piercing je zásah do tělesné integrity nezletilé osoby, při kterém dochází k porušení kůže nebo sliznice a zavedení šperku do těla. Beru na vědomí, že průběh zákroku, doba hojení i reakce organismu jsou individuální a výsledek nelze předem zaručit.

- ☐ Byl/a jsem poučen/a o povaze, účelu a způsobu provedení zákroku a o očekávaném průběhu hojení.
- ☐ Beru na vědomí zejména riziko bolesti, krvácení, otoku, zarudnutí, infekce, alergické reakce, podráždění, jizvení, granulace, prodlouženého hojení, migrace nebo odmítnutí šperku a možné potřeby odborného ošetření.
- ☐ Rozumím tomu, že nedodržení pokynů následné péče, manipulace se šperkem nebo použití nevhodných přípravků může zvýšit riziko komplikací.
- ☐ Byl/a jsem poučen/a, že při výrazné nebo zhoršující se bolesti, silném otoku, hnisavém výtoku, horečce, šířícím se zarudnutí nebo jiných závažných potížích je nutné kontaktovat Studio a podle povahy potíží také lékaře.
- ☐ Měl/a jsem možnost položit otázky a obdržel/a jsem srozumitelné odpovědi.

6. Zdravotní dotazník

Údaje uvádějte pravdivě. Pokud je odpověď ANO, doplňte stručné vysvětlení. Studio může zákrok odložit nebo odmítnout, pokud nelze jeho bezpečnost přiměřeně posoudit.

Otázka	NE	ANO	Poznámka
Alergie na kovy, dezinfekci, latex, náplasti nebo jiné látky	☐	☐	
Porucha srážlivosti krve nebo užívání léků ovlivňujících krvácení	☐	☐	
Diabetes, porucha hojení nebo onemocnění ovlivňující imunitu	☐	☐	
Aktuální infekce, horečka, antibiotika nebo akutní onemocnění	☐	☐	
Kožní problém, poranění nebo zánět v místě plánovaného zákroku	☐	☐	
Epilepsie, mdloby nebo závažná reakce při odběru krve či předchozím piercingu	☐	☐	
Těhotenství nebo kojení, pokud je to relevantní	☐	☐	
Jiná okolnost důležitá pro bezpečné provedení zákroku	☐	☐	

7. Prohlášení zákonného zástupce

- ☐ Prohlašuji, že jsem zákonným zástupcem výše uvedené nezletilé osoby a jsem oprávněn/a tento souhlas udělit.
- ☐ Souhlasím s provedením piercingu přesně vymezeného v článku 4 tohoto dokumentu.
- ☐ Potvrzuji, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé a že jsem nezamlčel/a okolnost, která by mohla ovlivnit bezpečnost zákroku nebo hojení.
- ☐ Potvrzuji, že nezletilá osoba podstupuje zákrok dobrovolně a byla přiměřeně svému věku a rozumové vyspělosti poučena.
- ☐ Beru na vědomí, že Studio může zákrok odmítnout nebo odložit z věkových, zdravotních, hygienických, anatomických, právních nebo provozních důvodů, i když je tento formulář podepsán.
- ☐ Zavazuji se zajistit, aby nezletilá osoba dodržovala pokyny následné péče předané Studiem.

8. Vyjádření nezletilé osoby

- ☐ Bylo mi vysvětleno, co se bude provádět, kde bude piercing umístěn a jak o něj budu pečovat.
- ☐ Rozumím tomu, že zákrok může bolet a že hojení vyžaduje pravidelnou péči a omezení některých činností.
- ☐ S provedením výše uvedeného piercingu souhlasím dobrovolně a nejsem k němu nucen/a.

9. Ochrana osobních údajů

Správcem osobních údajů je Zdeněk Kubánek, IČO 72767499. Identifikační, kontaktní a zákrokové údaje jsou zpracovávány za účelem sjednání a bezpečného provedení zákroku, evidence informovaného souhlasu, komunikace a ochrany právních nároků. Zdravotní údaje jsou zpracovávány pouze v nezbytném rozsahu. Podrobné informace o zpracování osobních údajů jsou dostupné na www.genesistattoo.cz/soukromi a v provozovně Studia.

- ☐ Beru na vědomí informace o zpracování osobních údajů uvedené výše a na webu Studia.
- ☐ Výslovně souhlasím se zpracováním zdravotních údajů uvedených v tomto dotazníku v nezbytném rozsahu pro posouzení bezpečnosti zákroku a evidenci informovaného souhlasu. Rozumím tomu, že odvolání souhlasu nemá vliv na zákonnost již provedeného zpracování ani na uchování údajů nezbytných pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků.

10. Podpisy

Podpisem potvrzuji, že jsem dokument přečetl/a, jeho obsahu rozumím, měl/a jsem možnost položit otázku a souhlas uděluji svobodně a vážně.

Místo a datum podpisu	
Jméno zákonného zástupce	
Podpis zákonného zástupce	
Jméno nezletilé osoby	
Podpis nezletilé osoby	

11. Ověření souhlasu Studiem

Tuto část vyplní pracovník Studia. Studio nepožíuje kopii dokladu totožnosti, není-li k tomu zvláštní důvod a odpovídající právní základ.

Souhlas doručen dne	v hodin
Způsob ověření	☐ osobně ☐ telefonicky ☐ e-mailem ☐ jinak:
Ověřená kontaktní adresa / číslo	
Ověřil/a za Studio	
Poznámka	
Podpis pracovníka Studia	

12. Jak formulář doručit

- ☐ Zákonný zástupce formulář celý vyplní a vlastnoručně podepíše.
- ☐ Čitelný sken nebo fotografie všech stran se předem zašle z e-mailové adresy zákonného zástupce na Zakk.Noir@email.cz, případně se formulář předá osobně ve Studiu.
- ☐ Nezletilá osoba přinese v den zákroku originál formuláře a doklad, z něhož lze ověřit její datum narození.
- ☐ Rezervace je připravena k provedení až po potvrzení Studia, že byl souhlas doručen a ověřen. Změna druhu nebo umístění piercingu vyžaduje nové potvrzení zákonného zástupce.

Tento formulář je určen pro konkrétní zákrok uvedený v článku 4. Neúplný, nečitelný nebo neověřitelný souhlas může Studio odmítnout.