Studio / pieczątka

Wywiad zdrowotny i zgoda na wykonanie przekłucia

Dane klienta

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Telefon

Data

WYWIAD ZDROWOTNY I ZGODA NA WYKONANIE PRZEKŁUCIA (PIERCING)

Przekłucie to rana, w której na stałe zostaje ciało obce. Goi się tygodniami, a w chrząstce nawet kilkanaście miesięcy. Pytamy o to, co wpływa na gojenie, na dobór materiału biżuterii i na bezpieczeństwo samego zabiegu.

Kiedy przekłucia nie wykonujemy w ogóle

- Wiek poniżej 18 lat bez obecności i pisemnej zgody opiekuna prawnego
- Stan zapalny, infekcja, niezagojona rana lub zmiana skórna w miejscu przekłucia
- Gorączka lub infekcja ogólnoustrojowa w dniu zabiegu
- Niewyrównane zaburzenie krzepnięcia krwi
- Stan po spożyciu alkoholu lub substancji odurzających
- Brak zdolności do świadomego wyrażenia zgody
- Przekłucia brodawek i okolic intymnych u osób poniżej 18 lat — wykonujemy je wyłącznie u osób pełnoletnich

Kiedy potrzebna jest rozmowa przed zabiegiem — i często zgoda lekarza prowadzącego

- Potwierdzona alergia na metale — decyduje o materiale biżuterii (tytan implantacyjny, stal chirurgiczna, złoto)
- Skłonność do bliznowców (keloidów) — szczególnie przy przekłuciach chrząstki ucha
- Cukrzyca i inne stany opóźniające gojenie
- Leczenie obniżające odporność: sterydy, leki biologiczne, chemioterapia
- Wada zastawkowa serca, sztuczna zastawka lub przebyte zapalenie wsierdzia — wymaga ustalenia z kardiologiem
- Leki wpływające na krzepnięcie krwi
- Ciąża i karmienie piersią — zwłaszcza przekłucia brodawek i pępka
- Choroby autoimmunologiczne w fazie zaostrzenia
- Przekłucia w jamie ustnej przy chorobach dziąseł, cienkim dziąśle lub ruchomości zębów

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania zgodnie z prawdą. Odpowiedź twierdząca zwykle nie zamyka drogi do zabiegu — częściej zmienia materiał biżuterii, miejsce przekłucia albo termin. Zatajenie informacji naraża przede wszystkim Pana/Panią.

1. REAKCJA NA METAL

Biżuteria zostaje w ranie przez cały okres gojenia. To pierwsza rzecz, którą musimy ustalić.

Czy po kontakcie z biżuterią, klamrą paska, zegarkiem lub guzikiem pojawia się u Pana/i swędzenie, zaczerwienienie albo wyprysk? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak — po jakim metalu i jak to wygląda?

Czy jest Pan/i uczulony/a na lateks, środki odkażające lub plastry? ☐ Tak ☐ Nie

2. KRZEPNIĘCIE KRWI

Niektóre miejsca, zwłaszcza język i warga, krwawią obficie.

Czy przyjmuje Pan/i leki wpływające na krzepnięcie krwi — przeciwzakrzepowe lub przeciwpłytkowe? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak — jaki lek i w jakiej dawce?

Czy rozpoznano u Pana/i zaburzenie krzepnięcia, albo czy po skaleczeniu krwawi Pan/i wyraźnie dłużej niż inni? ☐ Tak ☐ Nie

3. GOJENIE I ODPORNOŚĆ

Przekłucie chrząstki goi się od sześciu miesięcy wzwyż. Przez cały ten czas jest otwartą drogą dla bakterii.

Czy choruje Pan/i na cukrzycę? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak — czy poziom cukru jest wyrównany?

Czy przyjmuje Pan/i leki obniżające odporność — sterydy ogólnoustrojowe, leki biologiczne, leczenie onkologiczne? ☐ Tak ☐ Nie

Czy choruje Pan/i na chorobę autoimmunologiczną (np. Hashimoto, reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń, choroba Leśniowskiego-Crohna)? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak — jaka choroba i czy jest obecnie w fazie zaostrzenia?

---

4. SERCE

Przy niektórych wadach serca przekłucie wymaga wcześniejszego ustalenia postępowania z kardiologiem, ze względu na ryzyko zapalenia wsierdzia.

Czy ma Pan/i wadę zastawkową serca, sztuczną zastawkę, wszczepiony rozrusznik lub przebyte zapalenie wsierdzia? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak — co dokładnie i pod czyją opieką Pan/i pozostaje?

---

5. SPOSÓB BLIZNOWACENIA

Chrząstka ucha jest miejscem, w którym keloidy powstają najczęściej.

Czy po skaleczeniach, operacjach lub wcześniejszych przekłuciach tworzą się u Pana/i wypukłe, rozrastające się poza ranę blizny (bliznowce, keloidy)? ☐ Tak ☐ Nie

Czy któreś z wcześniejszych przekłuć goiło się źle, zropiało albo zostało odrzucone przez organizm? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak — które i co się stało?

6. PRZEBIEG ZABIEGU

Czy zdarzają się Panu/i omdlenia lub zasłabnięcia — także na widok igieł czy krwi — albo choruje Pan/i na padaczkę? ☐ Tak ☐ Nie

Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią? ☐ Tak ☐ Nie

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin pił/a Pan/i alkohol lub przyjmował/a substancje odurzające? ☐ Tak ☐ Nie

7. MIEJSCE PRZEKŁUCIA

Miejsce przekłucia

Czy w miejscu przekłucia występuje obecnie podrażnienie, stan zapalny, niezagojona rana lub zmiana skórna? ☐ Tak ☐ Nie

Przy przekłuciach w jamie ustnej: czy leczy się Pan/i na choroby dziąseł, ma ruchome zęby, aparat ortodontyczny, korony lub licówki? ☐ Tak ☐ Nie

> Biżuteria w jamie ustnej ociera o zęby i dziąsła. Przy długim noszeniu może prowadzić do starcia szkliwa, pęknięć wypełnień i recesji dziąsła — jest to znane i akceptowane ryzyko tego rodzaju przekłucia.

8. CZEGO JESZCZE NIE ZAPYTALIŚMY

Czy jest coś jeszcze w Pana/i stanie zdrowia lub przyjmowanych lekach, o czym powinniśmy wiedzieć przed zabiegiem?

> Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią i trzeźwą, a powyższe odpowiedzi są zgodne z moją najlepszą wiedzą. Zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami, z ryzykiem — obrzękiem, krwawieniem, zakażeniem, reakcją alergiczną na materiał biżuterii, migracją i odrzuceniem przekłucia — z przebiegiem gojenia oraz z zaleceniami pielęgnacyjnymi. Przyjmuję do wiadomości, że po usunięciu przekłucia zwykle pozostaje blizna. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie przekłucia.

> KLAUZULA RODO — Administratorem Twoich danych osobowych jest _____ z siedzibą: _____, NIP: _____. Twoje dane osobowe przetwarzane są w celu wykonania usługi (art. 6 ust. 1 lit. b RODO). Ponieważ dla bezpieczeństwa zabiegu konieczne jest pozyskanie informacji o Twoim stanie zdrowia, dane te przetwarzamy na podstawie Twojej wyraźnej, dobrowolnej zgody (art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Twoje dane będą przechowywane przez okres 6 lat od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano usługę, co odpowiada ustawowym okresom przedawnienia roszczeń. Masz prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO. Podanie danych o zdrowiu jest dobrowolne, ale niezbędne do bezpiecznego wykonania zabiegu.

Data

Podpis klienta — wywiad zdrowotny i zgoda

Zalecenia pielęgnacyjne i zgoda na przetwarzanie danych (Piercing)

> ZALECENIA POZABIEGOWE — przekłucie goi się od kilku tygodni do ponad roku, w zależności od miejsca. Większość powikłań bierze się nie z samego zabiegu, tylko z tego, co dzieje się z biżuterią później.

1. PIERWSZA DOBA: lekki obrzęk, zaczerwienienie i niewielkie krwawienie to normalna reakcja na ranę. Nie dotykaj przekłucia gołymi rękami — chłodzenie lodem przez ściereczkę łagodzi obrzęk.

2. PRZEZ CAŁY OKRES GOJENIA: przemywaj 2–3 razy dziennie solą fizjologiczną 0,9% NaCl lub dedykowanym sprayem do piercingu; jeśli piercer zaleci, dopuszczalny jest łagodny antyseptyk. Alkohol, woda utleniona, Betadyna i mydło niszczą gojącą się tkankę — nie używaj ich tutaj.

3. BIŻUTERIA ZOSTAJE NA MIEJSCU: nie obracaj jej — to popularna rada, ale obracanie rani nowo tworzącą się tkankę i wydłuża gojenie. Biżuteria porusza się sama, kiedy jest mokra, i to wystarczy. Zmianę biżuterii zostaw piercerowi i dopiero po pełnym wygojeniu — wyjęcie jej wcześniej, nawet na kilka godzin, potrafi zamknąć kanał miesiącami budowanej fistuły.

4. DO KOŃCA GOJENIA wyklucz basen, morze, jezioro i saunę — woda chlorowana, słona i termalna niesie bakterie i substancje, które uszkadzają gojący się kanał.

5. SYGNAŁY, PRZY KTÓRYCH DZWONISZ od razu: ból narastający po czwartej dobie, gorączka powyżej 38°C, gęsta żółto-zielona wydzielina, czerwona obwódka rozlewająca się na okoliczną skórę albo silny obrzęk, który rośnie po trzeciej dobie zamiast maleć.

- [ ] Zapoznałem/am się z zasadami pielęgnacji — przemywanie solą fizjologiczną, rezygnacja z alkoholu, wody utlenionej i Betadyny, brak obracania i samodzielnej zmiany biżuterii — i zobowiązuję się ich przestrzegać
- [ ] Zobowiązuję się unikać basenu, morza, jeziora i sauny przez cały okres gojenia
- [ ] Znam sygnały alarmowe wymienione powyżej i zobowiązuję się skontaktować ze studiem lub lekarzem, jeśli wystąpią

Uwagi klienta / dodatkowe pytania do piercera (opcjonalne)

- [ ] *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji usługi piercingu i archiwizacji dokumentacji (zgoda obowiązkowa)*
- [ ] *Wyrażam zgodę na kontakt w celach marketingowych (newsletter, promocje) — zgoda dobrowolna, można wycofać w dowolnym momencie*
- [ ] *ZGODA MARKETINGOWA: Wyrażam dobrowolną zgodę na nieodpłatne wykorzystanie i rozpowszechnianie zdjęć zrealizowanego zabiegu (bez ukazywania twarzy i danych identyfikujących) przez _____ w celach promocyjnych, na oficjalnych profilach studia w mediach społecznościowych (m.in. Instagram, Facebook) oraz na stronie internetowej. Zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie.*

KLAUZULA RODO — Administratorem Twoich danych osobowych jest _____ z siedzibą: _____, NIP: _____. Twoje dane osobowe przetwarzane są w celu wykonania usługi (art. 6 ust. 1 lit. b RODO). Ponieważ dla bezpieczeństwa zabiegu konieczne jest pozyskanie informacji o Twoim stanie zdrowia, dane te przetwarzamy na podstawie Twojej wyraźnej, dobrowolnej zgody (art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Twoje dane będą przechowywane przez okres 6 lat od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano usługę, co odpowiada ustawowym okresom przedawnienia roszczeń. Masz prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO. Podanie danych o zdrowiu jest dobrowolne, ale niezbędne do bezpiecznego wykonania zabiegu.

Data

Podpis klienta (odbiór zaleceń, RODO i akceptacja pracy)