

KÉRDŐÍV KOZMETIKAI TETOVÁLÁS ELŐTT

1. Elmúlt már 18 éves? (Ha nem, csak szülői beleegyezéssel tetoválhatunk!)
2. Készült már korábban sminktetoválása? (A régi szín módosíthatja a végleges színt.)
3. Kezelik-e bármilyen krónikus vagy akkut betegséggel (krónikus betegség esetén orvosi igazolást kérünk, akkut betegség esetén meg kell várni a teljes gyógyulást)
4. Áll bármilyen bőrgyógyászati kezelés alatt?
5. Tudomása van bármilyen (Lidocain, növény, fém stb.) allergiáról? (ha igen akkor csak előzetes allergia teszt esetén végzünk tetoválást, ha nincs, akkor saját felelősségre allergia teszt nélkül is)
6. Van-e immunrendszer problémája? (Ha igen, nem tetoválunk)
7. Volt-e plasztikai vagy egyéb sebészeti beavatkozása 3 hónapon belül, ha igen, mikor, melyik testrészén?.....
8. Tervezi a közeljövőben plasztikai vagy egyéb sebészeti beavatkozás igénybevételét? (Sminktetoválás után minimum 1 hónapig javasolt várni vele.)
9. Cukorbeteg? (Lassan és nehezen gyógyul a bőr, saját felelősségre tetoválunk)
10. Van bármilyen sebgyógyulási problémája?
11. Hajlamos keloid képződésre? (ha igen, nem tetoválunk)
12. Van, vagy volt-e bármilyen szívbetegsége, szívműtété? (Csak orvosi hozzájáruló nyilatkozat esetén tetoválunk)
13. Magas a vérnyomása? (Vérzékenyebb lehet a bőr.)
14. Szed bármilyen véralvadást gátló hatású készítményt? (Beleértve a gyógynövényeket is!) Ebben az esetben csak a kezelőorvos írásos jóváhagyásával végezhetjük el a beavatkozást.
15. Volt szemműtété 1 éven belül?
16. Hord kontaktlencsét? (24 óráig ne viselje tetoválás után.)
17. Szokott vért adni? (Tetoválás után 1 évig tilos a véradás.)
18. Várandós? (Az első és az utolsó trimeszterben TILOS tetoválni!)
19. Szoptat? (Az érzéstelenítő hathat a babára is.)
20. Volt már herpesze? (Valószínűleg ki fog jönni, előzetes kezelés javasolt az orvos által tanácsolt formában és módon. Gyógyszeres kezelési lehetőségek: Telviran, Epavír, homeopátiás készítmények...
21. Jelenleg van herpesze? (Tilos tetoválni!)

Név:.....

Dátum:.....