

DOKUMENTY DO DRUKU I WYPEŁNIENIA

Pakiet dokumentów dla kosmetologów



Formularz wywiadu, zgody, umowy, regulaminy, karty zabiegowe i rejestry,
które porządkują obsługę klientów i codzienną pracę gabinetu



34

DOKUMENTY

5

CZĘŚCI

A4

DO DRUKU

Jak korzystać z pakietu

34 dokumenty na każdy etap pracy z klientem

Pakiet porządkuje dokumentację gabinetu od pierwszej wizyty po kontrolę po zabiegu. Każdy dokument jest gotowy do druku w formacie A4. Wystarczy uzupełnić dane gabinetu i dostosować zapisy oznaczone liniami.

Część	Dokumenty	Kiedy z nich korzystasz
1. Poznanie klienta	01-05: karta klienta, wywiad, karty diagnostyczne, plan terapii	pierwsza wizyta i konsultacja
2. Zgody i informacje	06-14: zgoda na zabieg z załącznikami, zdjęcia, dane osobowe, osoby niepełnoletnie	przed pierwszym zabiegiem
3. Zabieg i opieka	15-20: aktualizacja wywiadu, karta zabiegu, zalecenia, seria, reakcje, zdjęcia	przy każdym zabiegu
4. Umowy i regulaminy	21-26: umowa na pakiet, regulamin, rezerwacje, bony, reklamacje, upoważnienie	sprzedaż pakietów, organizacja
5. Organizacja pracy	27-34: rejestry higieniczne, listy kontrolne, ewidencje, ankieta	codziennie

❖ Wdrożenie w czterech krokach

- 1 Uzupełnij dane gabinetu.** Nazwa, adres, NIP, dane kontaktowe i dane administratora danych osobowych.
- 2 Dostosuj zapisy.** Wypełnij miejsca oznaczone liniami: terminy, kwoty, okresy przechowywania, zasady odwoływania wizyt.
- 3 Zweryfikuj.** Przekaż umowy, regulaminy i klauzule do sprawdzenia prawnikowi. Patrz następna strona.
- 4 Wydrukuj i wprowadź obieg.** Ustal, kto wręcza i odbiera dokumenty oraz gdzie są przechowywane.

Ramka w rogu	Miejsce na pieczęć lub logo gabinetu. W edytorze możesz wstawić tam własny znak.
Formy zwrotów	Dokumenty używają zapisu typu zostałam/em. Możesz go uprościć zgodnie ze zwyczajem swojego gabinetu.

Wersja elektroniczna: dokumenty można wypełniać także na tablecie w programie do adnotacji plików PDF. Podpis klienta powinien być wtedy składany w sposób, który da się przypisać do konkretnej osoby i daty.

Zanim wydrukujesz

Dostosowanie wzorów i odpowiedzialność

Wzory mają charakter pomocniczy. Zostały przygotowane z myślą o gabinetach kosmetycznych, które nie prowadzą działalności leczniczej. Nie zastępują porady prawnej, a przepisy mogą się zmieniać.

❖ Uzupełnij we wszystkich dokumentach

- | | |
|--|--|
| ☐ Pełna nazwa, adres i NIP gabinetu | ☐ Wysokość i charakter przedpłaty |
| ☐ Dane kontaktowe administratora danych osobowych | ☐ Okres ważności bonów i pakietów |
| ☐ Okres przechowywania dokumentacji klientów | ☐ Nazwy zabiegów, urządzeń i preparatów |
| ☐ Zasady i terminy odwoływania wizyt | ☐ Numer telefonu do kontaktu po zabiegu |

Dokument	Co warto skonsultować z prawnikiem
Umowa i regulaminy (21-24)	zgodność z prawami konsumenta, zasady rozliczeń przy rezygnacji, skutki zadatku i zaliczki, ważność bonów
Klauzula i zgody (11-13)	podstawy prawne przetwarzania, okresy przechowywania, odbiorcy danych, zgody marketingowe
Zgody na zabieg (06-10, 14)	zakres informacji o ryzyku właściwy dla zabiegów wykonywanych w Twoim gabinecie
Upoważnienie (26)	dopasowanie do formy współpracy: umowa o pracę, zlecenie, współpraca między firmami

Podmiot leczniczy	Jeśli gabinet działa jako podmiot leczniczy albo zabiegi wykonuje lekarz, dokumentację prowadzi się według przepisów o dokumentacji medycznej. Ten pakiet ich nie zastępuje.
Dane o zdrowiu	Informacje z wywiadu należą do szczególnych kategorii danych. Zbieraj tylko to, co jest potrzebne do bezpiecznego wykonania zabiegu, i przechowuj pod zamknięciem.
Zgoda to nie zwolnienie z odpowiedzialności	Podpisany formularz potwierdza, że klient został poinformowany. Nie zastępuje rzetelnej kwalifikacji ani prawidłowego wykonania zabiegu.
Zadek i zaliczka	Mają różne skutki przy odwołaniu wizyty. Wybierz jedno rozwiązanie po konsultacji i stosuj je konsekwentnie.

Dobra praktyka: raz w roku przejrzyj cały pakiet. Sprawdź, czy dane gabinetu, lista zabiegów i przepisy, na które powołują się dokumenty, są aktualne.

Obieg dokumentów w gabinecie

Który dokument na którym etapie

Dokumenty działają jak system tylko wtedy, gdy każdy ma swoje miejsce w przebiegu wizyty. Poniższy schemat możesz powiesić na zapleczu jako ściągę dla zespołu.



Etap	Dokumenty	Kto wypełnia	Egzemplarze
Rezerwacja	23 zasady rezerwacji; 24 regulamin bonów	gabinet udostępnia	do wglądu
Pierwsza wizyta	01 karta klienta; 12 klauzula; 13 zgody na dane; 02 wywiad	klient z pomocą personelu	1, w dokumentacji
Kwalifikacja	03 lub 04 karta diagnostyczna; 05 plan terapii	kosmetolog	plan: 2
Przed zabiegiem	06 zgoda z załącznikiem 07-10; 11 zdjęcia; 14 osoba niepełnoletnia; 21 umowa	klient i kosmetolog	zgoda: 1; umowa: 2
Każdy zabieg	15 aktualizacja wywiadu; 16 karta zabiegu; 18 karta serii	kosmetolog, podpis klienta	1, w dokumentacji
Po zabiegu	17 zalecenia; 20 protokół zdjęć; 19 reakcja niepożądana	kosmetolog	zalecenia: dla klienta
Zakończenie	33 ankieta; 25 reklamacja, jeśli wpłynie	klient	1

Teczka klienta	Dokumenty 01-20 jednej osoby przechowuj razem, w kolejności numerów. Na wierzchu karta klienta z tabelą historii dokumentów.
Dostęp	Do teczek mają dostęp wyłącznie osoby z pisemnym upoważnieniem: dokument 26.

Spis treści

34 dokumenty w 5 częściach

Na początek

Jak korzystać z pakietu	2
Zanim wydrukujesz	3
Obieg dokumentów w gabinecie	4

01 Poznanie klienta

01. Karta klienta	7
02. Formularz wywiadu	8
02. Formularz wywiadu (strona 2)	9
03. Karta diagnostyczna skóry twarzy	10
04. Karta diagnostyczna ciała	11
05. Plan terapii	12

02 Zgody i informacje

06. Świadoma zgoda na zabieg	14
06. Świadoma zgoda na zabieg (strona 2)	15
07. Załącznik: peeling chemiczny	16
08. Załącznik: mikronaktowanie	17
09. Załącznik: laser, IPL i depilacja laserowa	18
10. Załącznik: zabiegi aparaturowe na ciało	19
11. Zgoda na zdjęcia i wykorzystanie wizerunku	20
12. Klauzula informacyjna o danych osobowych	21
13. Zgody na przetwarzanie danych	22
14. Zgoda przedstawiciela ustawowego	23

03 Zabieg i opieka po zabiegu

15. Aktualizacja wywiadu przed zabiegiem	25
16. Karta zabiegu	26
17. Zalecenia po zabiegu	27
18. Karta przebiegu serii zabiegów	28
19. Zgłoszenie reakcji niepożądaney	29
20. Protokół dokumentacji fotograficznej	30

04 Umowy i regulaminy

21. Umowa o świadczenie usług	32
21. Umowa o świadczenie usług (strona 2)	33
22. Regulamin gabinetu	34
22. Regulamin gabinetu (strona 2)	35
23. Zasady rezerwacji i odwoływania wizyt	36
24. Regulamin bonów podarunkowych	37
25. Formularz reklamacji	38
26. Upoważnienie do przetwarzania danych	39

05 Organizacja pracy

27. Rejestr sterylizacji narzędzi	41
28. Rejestr dezynfekcji	42
29. Otwarcie i zamknięcie gabinetu	43
30. Przygotowanie stanowiska do zabiegu	44
31. Ewidencja preparatów	45
32. Dzienny rejestr wizyt	46
33. Ankieta satysfakcji klienta	47
34. Rejestr zgód i ich wycofań	48

Dodatki

Wdrożenie pakietu w siedem dni	49
--------------------------------	----

01

CZĘŚĆ 1

Poznanie klienta



Pięć dokumentów pierwszej wizyty: dane kontaktowe, wywiad, ocena skóry twarzy i ciała oraz plan terapii, który klient zabiera do domu.

s. 7	01. Karta klienta	s. 10	03. Karta diagnostyczna skóry twarzy
s. 8	02. Formularz wywiadu	s. 11	04. Karta diagnostyczna ciała
s. 9	02. Formularz wywiadu (strona 2)	s. 12	05. Plan terapii

Karta klienta

Dane kontaktowe, preferencje i historia dokumentów

Numer karty

Data założenia

Osoba prowadząca

Pieczęć lub logo gabinetu

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres do korespondencji

Telefon

E-mail

Preferowany kontakt

☐ telefon ☐ SMS ☐ e-mail ☐ komunikator

Przypomnienie o wizycie

☐ tak ☐ nie

Dogodna pora wizyt

☐ rano ☐ po południu ☐ wieczorem ☐ sobota

Skąd wiesz o gabinecie

☐ polecenie ☐ media społecznościowe ☐ wyszukiwarka
inne: _____

Cel pierwszej wizyty i oczekiwania

Informacje organizacyjne, np. osoba towarzysząca, potrzeby związane z dostępnością

❖ Historia dokumentów

Dokument w teczce	Data	Uwagi
12 Klauzula informacyjna		
13 Zgody na przetwarzanie danych		
02 Formularz wywiadu		
11 Zgoda na zdjęcia i wizerunek		
05 Plan terapii		

Data

Podpis klienta

Podpis osoby prowadzącej

Formularz wywiadu

Stan zdrowia, leki i alergie

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Prosimy o rzetelne odpowiedzi. Informacje służą wyłącznie ocenie bezpieczeństwa zabiegów i doborowi pielęgnacji.

Czy dotyczy Cię	Tak	Nie	Jakie, od kiedy
Choroby przewlekłe, np. cukrzyca, choroby tarczycy, nadciśnienie	☐	☐	
Choroby autoimmunologiczne, np. łuszczyca, toczeń, bielactwo	☐	☐	
Choroby skóry rozpoznane przez lekarza, np. AZS, trądzik różowaty	☐	☐	
Choroba nowotworowa obecnie lub w przeszłości	☐	☐	
Zaburzenia krzepnięcia krwi, łatwe powstawanie siniaków	☐	☐	
Padaczka	☐	☐	
Rozrusznik serca, implanty metalowe lub elektroniczne	☐	☐	
Żylaki, przebyta zakrzepica lub zapalenie żył	☐	☐	
Nawracająca opryszczka	☐	☐	
Skłonność do bliznowców lub przerostowych blizn	☐	☐	
Skłonność do przebarwień po urazach i stanach zapalnych	☐	☐	
Ciąża, planowanie ciąży lub karmienie piersią	☐	☐	
Zabiegi chirurgiczne lub medycyny estetycznej w ostatnich 12 miesiącach	☐	☐	
Choroba zakaźna, o której osoba wykonująca zabieg powinna wiedzieć (odpowiedź dobrowolna)	☐	☐	

Przyjmowane leki i suplementy: także antykoncepcja hormonalna, retinoidy doustne, antybiotyki, leki rozrzedzające krew, sterydy

Alergie i nietolerancje: leki, lateks, metale, kosmetyki, środki znieczulające

Formularz wywiadu

Skóra, pielęgnacja i styl życia

Typ skóry według Ciebie ☐ sucha ☐ normalna ☐ mieszana ☐ tłusta ☐ wrażliwa

Reakcja na słońce ☐ zawsze oparzenie ☐ czasem oparzenie ☐ rzadko ☐ nigdy

Filtr przeciwsłoneczny ☐ codziennie ☐ latem ☐ rzadko ☐ nigdy

Opalanie lub solarium w ostatnich 4 tygodniach ☐ tak ☐ nie

Palenie tytoniu ☐ tak ☐ nie

Aktywność fizyczna ☐ codziennie ☐ kilka razy w tygodniu ☐ rzadko

Pielęgnacja i zabiegi	Tak	Nie	Jakie, kiedy
Stosuję retinoidy lub kwasy, np. retinol, tretynoinę, AHA, BHA	☐	☐	
Przyjmowałam/em izotretynoinę doustną w ostatnich 12 miesiącach	☐	☐	
Miałam/em reakcję alergiczną lub podrażnienie po kosmetyku albo zabiegu	☐	☐	
Korzystałam/em z peelingów, laserów, mikronakłuwania, wypełniaczy, toksyny botulinowej	☐	☐	
Mam makijaż permanentny, tatuaż lub nici w okolicy planowanego zabiegu	☐	☐	

Obecna pielęgnacja rano

Obecna pielęgnacja wieczorem

Co chcę poprawić w pierwszej kolejności

Oświadczenie. Oświadczam, że podane informacje są prawdziwe i kompletne według mojej najlepszej wiedzy. Zobowiązuję się informować o każdej zmianie stanu zdrowia, o nowych lekach oraz o ciąży przed kolejnymi zabiegami. Przyjmuję do wiadomości, że zatajenie informacji może wpłynąć na bezpieczeństwo i efekt zabiegu.

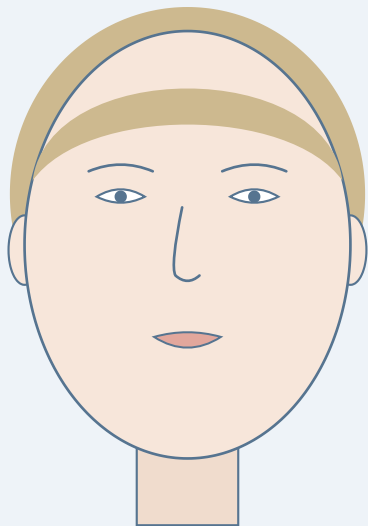
Miejscowość i data

Czytelny podpis klienta

Karta diagnostyczna skóry twarzy

Ocena typu, stanu i priorytetów pielęgnacji

ZAZNACZ NA RYSUNKU: R RUMIEŃ, P PRZEBARWIENIA, T TRĄDZIK, Z ZMARSZCZKI, N NACZYNNKA, S SUCHOŚĆ



Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Typ skóry

☐ sucha ☐ normalna ☐ mieszana ☐ tłusta

Stany skóry

☐ odwodnienie ☐ wrażliwość ☐ trądzik ☐ przebarwienia
☐ rumień ☐ fotostarzenie

Fototyp

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

Skala Glogau

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Napięcie skóry

☐ dobre ☐ obniżone ☐ wyraźnie obniżone

Bariera naskórkowa

☐ sprawna ☐ osłabiona ☐ uszkodzona

Nawilżenie (pomiar)

Sebum (pomiar)

TEWL (pomiar)

pH (pomiar)

Zmiany wymagające konsultacji lekarskiej

Wnioski i priorytety

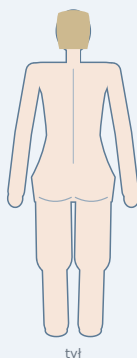
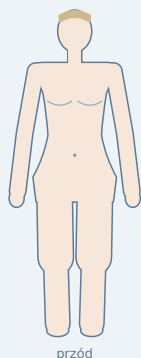
Data badania

Podpis osoby badającej

Karta diagnostyczna ciała

Pomiary, ocena tkanek i okolice zabiegowe

ZAZNACZ NA RYSUNKU: C CELLULIT, T TKANKA TŁUSZCZOWA, W WIOTKOŚĆ, R ROZSTĘPY, O OBRZĘK, N NACZYNNIA, B BLIZNA



Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Wzrost (cm)

Masa ciała (kg)

BMI

Stosunek talia do bioder

Obwód (cm)	Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____
Ramię: połowa długości				
Talia: najwęższe miejsce				
Brzuch: na wysokości pępka				
Biodra: najszersze miejsce				
Udo: ____ cm nad kolaniem				
Łydka: najszersze miejsce				

Cellulit: stopień

☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ z obrzękiem

Rozstępy

☐ brak ☐ czerwone ☐ białe

Obrzęki

☐ brak ☐ okresowe ☐ stałe

Naczynia żyłne

☐ bez zmian ☐ pajęczki ☐ żylaki: zalecono konsultację

Obserwacje i przeciwwskazania

Data badania

Podpis osoby badającej

Plan terapii

Cele, zabiegi i pielęgnacja domowa na jednej kartce

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Cel główny: mierzalny, z terminem oceny

Cel dodatkowy

❖ Plan zabiegów

Nr	Zabieg	Okolica	Planowany termin	Odstęp	Uwagi

❖ Pielęgnacja domowa

Pora	Krok 1	Krok 2	Krok 3	Krok 4
Rano				
Wieczorem				
Raz w tygodniu				

Termin kontroli i zdjęć porównawczych

Przewidywany czas do oceny efektu

Plan ma charakter orientacyjny. Liczba zabiegów i efekt zależą od indywidualnej reakcji skóry oraz od przestrzegania zaleceń. Plan może być zmieniany po każdej kontroli.

Data

Podpis klienta

Podpis osoby prowadzącej

02

CZĘŚĆ 2

Zgody i informacje



Dziewięć dokumentów, które potwierdzają, że klient wie, na co się zgadza: zgoda na zabieg z załącznikami, zgoda na zdjęcia, informacja o danych osobowych oraz zgoda opiekuna.

s. 14	06. Świadoma zgoda na zabieg	s. 19	10. Załącznik: zabiegi aparaturowe na ciało
s. 15	06. Świadoma zgoda na zabieg (strona 2)	s. 20	11. Zgoda na zdjęcia i wykorzystanie wizerunku
s. 16	07. Załącznik: peeling chemiczny	s. 21	12. Klauzula informacyjna o danych osobowych
s. 17	08. Załącznik: mikronakłuwanie	s. 22	13. Zgody na przetwarzanie danych
s. 18	09. Załącznik: laser, IPL i depilacja laserowa	s. 23	14. Zgoda przedstawiciela ustawowego

Świadoma zgoda na zabieg

Informacja o zabiegu: wypełnia osoba wykonująca

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Numer karty klienta

Pieczęć lub logo gabinetu

Nazwa zabiegu

Okolica

Preparat lub urządzenie

Planowana liczba zabiegów

Na czym polega zabieg i jaki jest jego cel

Spodziewany efekt i czas, po którym można go ocenić

Typowe reakcje po zabiegu i czas ich trwania

Możliwe powikłania, w tym rzadkie

Inne metody, które można rozważyć

Przygotowanie do zabiegu i zalecenia po zabiegu przekazano

Informację omówiono z klientem ustnie. Szczegółowe przeciwwskazania i zalecenia dla wybranego rodzaju zabiegu zawiera załącznik nr: _____.

Świadoma zgoda na zabieg

Oświadczenia i zgoda klienta

Oświadczam, że

1. Zostałam/em poinformowana/y w zrozumiały sposób o przebiegu zabiegu, spodziewanych efektach, typowych reakcjach, możliwych powikłaniach i innych dostępnych metodach.
2. Miałam/em możliwość zadawania pytań i otrzymałam/em wyczerpujące odpowiedzi.
3. Rzetelnie wypełniłam/em formularz wywiadu i nie zataiłam/em informacji o stanie zdrowia, lekach, ciąży ani wcześniejszych zabiegach.
4. Rozumiem, że efekt zależy od indywidualnych cech organizmu oraz od przestrzegania zaleceń i nie może być zagwarantowany.
5. Otrzymałam/em zalecenia dotyczące przygotowania i postępowania po zabiegu oraz zobowiązuję się ich przestrzegać.
6. Wiem, że w razie niepokojących objawów powinnam/powinienem niezwłocznie skontaktować się z gabinetem, a w nagłym przypadku z lekarzem.
7. Wiem, że mogę wycofać zgodę w każdej chwili przed rozpoczęciem zabiegu oraz zrezygnować z kolejnych zabiegów serii.

Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie opisanego zabiegu przez:

_____ (imię i nazwisko osoby wykonującej zabieg).

Zgoda obejmuje

☐ pojedynczy zabieg ☐ serię zabiegów według planu terapii

Załączniki

☐ 07 peeling ☐ 08 mikronakłuwanie ☐ 09 laser, IPL
☐ 10 zabiegi na ciało

Pytania i uwagi klienta

Miejscowość i data

Czytelny podpis klienta

Podpis osoby wykonującej zabieg

Przed każdym kolejnym zabiegiem serii klient potwierdza aktualność wywiadu w dokumencie 15.

Załącznik: peeling chemiczny

Informacja, przeciwwskazania i zalecenia

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Rodzaj kwasu i stężenie

pH

Okolica

Na czym polega	Nałożenie preparatu z kwasem, który w kontrolowany sposób złuszcza naskórek i pobudza jego odnowę.
Typowe reakcje	Pieczenie w trakcie zabiegu, rumień, ściągnięcie i łuszczenie skóry przez 3-7 dni.
Możliwe powikłania	Przedłużony rumień, przebarwienia pozapalne, nadkażenie, nawrót opryszczki, reakcja alergiczna, bardzo rzadko blizny.

Czy dotyczy Cię któraś z sytuacji	Tak	Nie	Wyjaśnienie
Ciąża lub karmienie piersią	☐	☐	
Opalenizna z ostatnich 4 tygodni lub planowane opalanie	☐	☐	
Aktywna opryszczka lub infekcja skóry	☐	☐	
Retinoidy doustne w ostatnich 12 miesiącach	☐	☐	
Retinoidy miejscowe lub kwasy w ostatnich 7 dniach	☐	☐	
Depilacja okolicy zabiegu w ostatnich 2 tygodniach	☐	☐	
Skłonność do bliznowców lub przebarwień	☐	☐	
Podrażnienie lub rany w miejscu zabiegu	☐	☐	

Po zabiegu zobowiązuję się

1. Stosować codziennie filtr SPF 50 i unikać słońca przez co najmniej 4 tygodnie.
2. Nie zrywać łuszczącego się naskórka i nie pocierać skóry.
3. Nie stosować retinoidów, kwasów ani peelingów przez 7 dni lub do pełnego wygojenia.
4. Zrezygnować z sauny, basenu i intensywnego wysiłku przez 48-72 godziny.
5. Zgłosić gabinetowi każdy objaw, który narasta zamiast słabnąć.

Załącznik do zgody na zabieg (dokument 06). Potwierdzam prawdziwość odpowiedzi i otrzymanie zaleceń na piśmie.

Miejscowość i data

Czytelny podpis klienta

Podpis osoby wykonującej zabieg

Załącznik: mikronakłuwanie

Informacja, przeciwwskazania i zalecenia

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Urządzenie

Głębokość nakłuć (mm)

Preparat

Na czym polega	Kontrolowane nakłuwanie skóry cienkimi igłami, które pobudza jej naturalną odbudowę i ułatwia wnikanie preparatu.
Typowe reakcje	Rumień i uczucie ciepła przez 1–3 dni, punktowe krwawienie w trakcie zabiegu, drobne strupki, przejściowa suchość.
Możliwe powikłania	Infekcja, nawrót opryszczki, przebarwienia pozapalne, reakcja na preparat, przedłużony rumień, bardzo rzadko blizny.

Czy dotyczy Cię któraś z sytuacji	Tak	Nie	Wyjaśnienie
Ciąża lub karmienie piersią	☐	☐	
Aktywny trądzik zapalny, opryszczka lub infekcja w miejscu zabiegu	☐	☐	
Skłonność do bliznowców	☐	☐	
Leki przeciwkrzepliwe lub zaburzenia krzepnięcia	☐	☐	
Izotretynoina doustna w ostatnich 12 miesiącach	☐	☐	
Niewyrównana cukrzyca lub choroba autoimmunologiczna w zaostrzeniu	☐	☐	
Świeża opalenizna, wypełniacz lub toksyna botulinowa w tej okolicy w ostatnich 4 tygodniach	☐	☐	
Alergia na składniki preparatu lub metale	☐	☐	

Po zabiegu zobowiązuję się

- Przez 24 godziny stosować wyłącznie zalecony preparat, nie nakładać makijażu i nie dotykać skóry.
- Od drugiej doby stosować filtr SPF 50; unikać słońca przez 4 tygodnie.
- Zrezygnować z sauny, basenu i intensywnego wysiłku przez 72 godziny.
- Wrócić do retinoidów i kwasów najwcześniej po 7 dniach.

Załącznik do zgody na zabieg (dokument 06). Potwierdzam prawdziwość odpowiedzi i otrzymanie zaleceń na piśmie.

Miejscowość i data

Czytelny podpis klienta

Podpis osoby wykonującej zabieg

Załącznik: laser, IPL i depilacja laserowa

Informacja, przeciwwskazania i zalecenia

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Urządzenie i długość fali

Okolica

Fototyp

Próba: data

Na czym polega	Światło jest pochłaniane przez barwnik włosa, naczynia lub skóry i zamieniane w ciepło. Obowiązuje ochrona oczu.
Typowe reakcje	Rumień, ciepło i obrzęk wokół mieszków do 48 godzin. Włosy wypadają w ciągu 1–3 tygodni.
Możliwe powikłania	Oparzenie, pęcherze, strupki, przebarwienia lub odbarwienia, bardzo rzadko blizny i nasilenie owłosienia.

Czy dotyczy Cię któraś z sytuacji	Tak	Nie	Wyjaśnienie
Ciąża	☐	☐	
Opalenizna lub samoopalacz w ostatnich 4 tygodniach	☐	☐	
Leki lub zioła światłouczulające, retinoidy doustne	☐	☐	
Depilacja woskiem, pęsetą lub depilatorem w ostatnich 4 tygodniach	☐	☐	
Tatuaż, makijaż permanentny lub znamiona w polu zabiegu	☐	☐	
Padaczka światłoczuła lub choroba nasilana przez światło	☐	☐	
Aktywna opryszczka lub infekcja skóry	☐	☐	
Skłonność do bliznowców lub przebarwień	☐	☐	

Po zabiegu zobowiązuję się

1. Chłodzić skórę i stosować zalecony preparat łagodzący.
2. Unikać słońca przez 4 tygodnie i stosować filtr SPF 50.
3. Zrezygnować z gorących kąpeli, sauny, basenu i obcisłej odzieży przez 48 godzin.
4. Między zabiegami usuwać włosy wyłącznie maszynką; zgłosić pęcherze, strupy lub ciemnienie skóry.

Załącznik do zgody na zabieg (dokument 06). Potwierdzam prawdziwość odpowiedzi i otrzymanie zaleceń na piśmie.

Miejscowość i data

Czytelny podpis klienta

Podpis osoby wykonującej zabieg

Załącznik: zabiegi aparaturowe na ciało

Informacja, przeciwwskazania i zalecenia

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Rodzaj zabiegu i urządzenie

Okolica

Parametry

Typowe reakcje	Zaczerwienienie, ciepło, tkliwość, przejściowy obrzęk; możliwe siniaki, czasowe drętwienie po kriolipolizie, bolesność mięśni po stymulacji.
Możliwe powikłania	Oparzenie, pęcherze, przedłużone zaburzenia czucia, nasilenie pajączków, bardzo rzadko przerost tkanki tłuszczowej po kriolipolizie.
Ważne	Zabieg nie jest metodą leczenia otyłości. Efekt zależy od liczby zabiegów i stylu życia.

Czy dotyczy Cię któraś z sytuacji	Tak	Nie	Wyjaśnienie
Ciąża lub karmienie piersią	☐	☐	
Rozrusznik serca, pompa insulinowa lub inny implant elektroniczny	☐	☐	
Metalowy implant lub wkładka z metalem w okolicy zabiegu	☐	☐	
Choroba nowotworowa	☐	☐	
Zakrzepica, zapalenie żył lub zaawansowane żylaki	☐	☐	
Choroby serca, nerek lub wątroby, nieuregulowane nadciśnienie	☐	☐	
Padaczka	☐	☐	
Przepuklina w okolicy zabiegu	☐	☐	
Nadwrażliwość na zimno, choroba Raynauda	☐	☐	
Zaburzenia czucia, rany lub stan zapalny skóry w okolicy zabiegu	☐	☐	

Po zabiegu zobowiązuję się

1. Wypijać 1,5–2 litry wody dziennie, unikać alkoholu przez 24 godziny i zachować regularną aktywność fizyczną.
2. Przestrzegać odstępów między zabiegami oraz zgłaszać się na pomiary kontrolne.
3. Zgłosić ból, pęcherze, narastający obrzęk lub przedłużające się drętwienie.

Miejscowość i data

Czytelny podpis klienta

Podpis osoby wykonującej zabieg

Zgoda na zdjęcia i wykorzystanie wizerunku

Dokumentacja wewnętrzna i publikacja to dwie osobne zgody

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Dokumentacja fotograficzna służy ocenie efektów terapii. Zdjęcia są danymi osobowymi i są przechowywane w sposób zabezpieczony przed dostępem osób nieupoważnionych.

Część A. Dokumentacja wewnętrzna

1. ☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody na wykonywanie zdjęć okolicy objętej terapią przed zabiegami, w ich trakcie i po nich oraz na przechowywanie tych zdjęć w dokumentacji gabinetu w celu oceny efektów.

Część B. Publikacja: zgoda dobrowolna i niezależna od części A

1. ☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody na nieodpłatne wykorzystanie zdjęć w celach informacyjnych i promocyjnych gabinetu.
2. Zakres publikacji: ☐ strona internetowa ☐ media społecznościowe ☐ materiały drukowane ☐ szkolenia i prezentacje branżowe
3. Sposób prezentacji: ☐ bez możliwości rozpoznania osoby ☐ z widoczną twarzą
4. Zgoda obowiązuje: ☐ do odwołania ☐ do dnia _____

Informacje

1. Zgodę można wycofać w każdej chwili, pisemnie lub e-mailem na adres: _____. Wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem działań podjętych wcześniej.
2. Po wycofaniu zgody zdjęcia zostaną usunięte z kanałów gabinetu w terminie ____ dni. Gabinet nie ma wpływu na kopie utrwalone wcześniej przez inne osoby.
3. Brak zgody na publikację nie wpływa na możliwość korzystania z usług ani na ich cenę.

Miejscowość i data

Czytelny podpis klienta

Klauzula informacyjna o danych osobowych

Informacja wymagana przy zbieraniu danych od klienta

Nazwa gabinetu

Adres

Telefon lub e-mail

Pieczęć lub logo gabinetu

Dbamy o Twoje dane. Poniżej wyjaśniamy, kto je przetwarza, w jakim celu i jakie masz prawa. Podstawą jest rozporządzenie o ochronie danych osobowych (RODO).

- 1. Administrator.** Administratorem Twoich danych osobowych jest: _____ (nazwa, adres, NIP). Kontakt w sprawach danych: _____.
- 2. Cele i podstawy przetwarzania.** Rezerwacja wizyt, zawarcie i wykonanie umowy o świadczenie usług: art. 6 ust. 1 lit. b RODO. Informacje o stanie zdrowia potrzebne do bezpiecznego wykonania zabiegu: Twoja wyraźna zgoda, art. 9 ust. 2 lit. a RODO. Obowiązki podatkowe i rachunkowe: art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń: art. 6 ust. 1 lit. f RODO. Marketing oraz wykorzystanie wizerunku: Twoja zgoda, art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
- 3. Odbiorcy danych.** Podmioty, które wspierają nas w prowadzeniu działalności: dostawca systemu rezerwacji, biuro rachunkowe, dostawcy usług informatycznych oraz: _____.
- 4. Okres przechowywania.** Dane związane z umową i dokumentacja zabiegowa: przez czas korzystania z usług oraz ____ lat od ostatniej wizyty. Dokumenty księgowe: przez okres wymagany przepisami. Dane przetwarzane na podstawie zgody: do czasu jej wycofania.
- 5. Twoje prawa.** Masz prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz prawo sprzeciwu. Zgodę możesz wycofać w dowolnym momencie; nie wpływa to na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania.
- 6. Skarga.** Masz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 7. Dobrowolność.** Podanie danych jest dobrowolne. Dane kontaktowe są potrzebne do rezerwacji wizyty. Informacje o stanie zdrowia są niezbędne do oceny przeciwwskazań; bez nich możemy odmówić wykonania zabiegu.
- 8. Decyzje zautomatyzowane i przekazywanie danych.** Twoje dane nie służą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania. Dane ☐ nie są ☐ są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy: _____.

Data

Potwierdzam zapoznanie się z informacją: podpis klienta

Zgody na przetwarzanie danych

Dane o zdrowiu, kontakt w sprawie wizyt, informacje handlowe

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Dane o stanie zdrowia

- ☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody na przetwarzanie przez administratora informacji o moim stanie zdrowia podanych w formularzu wywiadu i w trakcie wizyt, w celu oceny przeciwwskazań, bezpiecznego wykonania zabiegów i prowadzenia dokumentacji zabiegowej.
- Rozumiem, że zgoda jest dobrowolna, ale niezbędna do wykonania zabiegów wymagających wywiadu.

Kontakt w sprawie wizyt

- Proszę o potwierdzenia i przypomnienia o wizytach: ☐ SMS ☐ telefon ☐ e-mail ☐ nie chcę przypomnień

Informacje handlowe: zgody dobrowolne

- ☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody na otrzymywanie informacji o ofercie, nowościach i promocjach gabinetu wiadomością e-mail na adres: _____.
- ☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody na otrzymywanie takich informacji wiadomością SMS lub w rozmowie telefonicznej na numer: _____.

Wycofanie zgody

- Każdą zgodę mogę wycofać w dowolnej chwili: osobiście w gabinecie, pisemnie albo e-mailem na adres: _____.
- Wycofanie zgody na przetwarzanie danych o zdrowiu może uniemożliwić dalsze wykonywanie zabiegów.

Potwierdzam, że otrzymałam/em klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych (dokument 12).

Miejscowość i data

Czytelny podpis klienta

Zgoda przedstawiciela ustawowego

Zabieg u osoby niepełnoletniej

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Telefon

Dokument tożsamości: rodzaj i numer

Stopień pokrewieństwa lub podstawa opieki

Imię i nazwisko osoby niepełnoletniej

Data urodzenia

Zabieg

Planowana liczba zabiegów

Oświadczam, że

1. Jestem przedstawicielem ustawowym wyżej wymienionej osoby i mam prawo decydować w jej sprawach.
2. Zostałam/em poinformowana/y o przebiegu zabiegu, spodziewanych efektach, typowych reakcjach i możliwych powikłaniach oraz otrzymałam/em odpowiedzi na pytania.
3. Informacje podane w formularzu wywiadu dotyczącym osoby niepełnoletniej są prawdziwe i kompletne.
4. Zobowiązuję się dopilnować przestrzegania zaleceń po zabiegu i zgłosić gabinetowi niepokojące objawy.
5. Podczas zabiegu: ☐ będę obecna/y ☐ nie będę obecna/y; kontakt telefoniczny w czasie zabiegu: _____.

Wyrażam zgodę na wykonanie opisanego zabiegu u osoby niepełnoletniej pozostającej pod moją opieką. Osoba niepełnoletnia została poinformowana o zabiegu w sposób dostosowany do wieku i również wyraża na niego zgodę.

Miejscowość i data

Podpis przedstawiciela ustawowego

Podpis osoby niepełnoletniej

Tożsamość przedstawiciela potwierdzono: podpis osoby wykonującej zabieg

03

CZĘŚĆ 3

Zabieg i opieka po zabiegu



Sześć dokumentów, które towarzyszą każdemu zabiegowi: aktualizacja wywiadu, karta zabiegu, zalecenia dla klienta, przebieg serii, zgłoszenie reakcji i protokół zdjęć.

s. 25 15. Aktualizacja wywiadu przed zabiegiem

s. 26 16. Karta zabiegu

s. 27 17. Zalecenia po zabiegu

s. 28 18. Karta przebiegu serii zabiegów

s. 29 19. Zgłoszenie reakcji niepożądaney

s. 30 20. Protokół dokumentacji fotograficznej

Aktualizacja wywiadu przed zabiegiem

Jedna karta na całą serię: wpisz T (tak) lub N (nie)

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia

Telefon

Od ostatniej wizyty	Data	Data	Data	Data	Data	Data
Zmiana stanu zdrowia lub nowe rozpoznanie						
Nowe leki, antybiotyki lub suplementy						
Ciąża lub karmienie piersią						
Opalanie, solarium lub samoopalacz						
Opryszczka, infekcja lub gorączka						
Retinoidy lub kwasy w ostatnich 7 dniach						
Inne zabiegi kosmetyczne lub medyczne						
Nietypowa reakcja po poprzednim zabiegu						
Podpis klienta						
Podpis osoby wykonującej zabieg						

Wyjaśnienia do odpowiedzi T: data i opis

Odpowiedź T przy którymkolwiek pytaniu wymaga oceny osoby wykonującej zabieg. W razie wątpliwości zabieg odradzamy.

Karta zabiegu

Zapis przebiegu, parametrów i użytych preparatów

Imię i nazwisko klienta

Data

Godzina

Zabieg

Okolica

Numer zabiegu w serii

**Wywiad aktualny
(dokument 15)**

☐ tak

☐ zmiany opisano w uwagach

Zdjęcia

☐ przed

☐ po

☐ nie wykonano

**Demakijaż i dezynfekcja
skóry**

☐ wykonano

❖ Użyte preparaty

Preparat	Producent	Numer serii	Data ważności	Ilość

Urządzenie i głowica

Parametry: moc, energia, głębokość, czas, liczba przejść

Przebieg zabiegu i tolerancja

Reakcja skóry bezpośrednio po zabiegu

Zalecenia i termin kolejnej wizyty

Podpis osoby wykonującej zabieg

Podpis klienta: otrzymałam/em zalecenia

Zalecenia po zabiegu

Egzemplarz dla klienta

Imię i nazwisko

Zabieg

Data

Pieczęć lub logo gabinetu

❖ Najważniejsze zasady

- ☐ Nie dotykaj, nie drap i nie pocieraj skóry
- ☐ Myj skórę letnią wodą i łagodnym środkiem
- ☐ Stosuj preparat regenerujący: _____
- ☐ Codziennie nakładaj filtr SPF 50
- ☐ Makijaż dopiero po _____ godzinach
- ☐ Sauna, basen i trening dopiero po _____ dniach
- ☐ Retinoidy, kwasy i peelingi dopiero po _____ dniach
- ☐ Nie zrywaj strupków ani łuszczącego się naskórka

Pierwsze 24 godziny

Do 7 dni

Do 4 tygodni

To normalne	Skontaktuj się z nami tego samego dnia
zaczerwienienie i uczucie ciepła, które słabną z dnia na dzień	rumień, ból lub obrzęk, które narastają po 48 godzinach
suchość, ściągnięcie, drobne łuszczenie	sączenie, żółte strupy, ropna wydzielina
lekki obrzęk, tkliwość przy dotyku	pęcherze, skupiska bolesnych pęcherzyków
stopniowa poprawa wyglądu skóry	świąd, pokrzywka, obrzęk warg lub powiek, gorączka

Telefon gabinetu

Godziny kontaktu

Termin kontroli

W nagłym przypadku, zwłaszcza przy duszności lub szybko narastającym obrzęku twarzy, wezwij pomoc pod numerem 112.

Karta przebiegu serii zabiegów

Jedna karta na cały pakiet

Imię i nazwisko klienta

Zabieg lub pakiet

Liczba zabiegów

Nr	Data	Parametry	Reakcja i uwagi	Wykonał/a	Podpis klienta

Zdjęcia przed: data

Zdjęcia w trakcie: data

Zdjęcia po: data

Ocena końcowa i zalecenia podtrzymujące

Data zakończenia serii

Podpis klienta

Podpis osoby prowadzącej

Zgłoszenie reakcji niepożądaney

Rejestracja, ocena i dalsze postępowanie

Imię i nazwisko klienta

Telefon

Zabieg

Data zabiegu

Data zgłoszenia

Sposób zgłoszenia

☐ telefon ☐ wiadomość ☐ osobiście

Objawy

☐ narastający rumień ☐ obrzęk ☐ ból ☐ pęcherze ☐ sączenie
☐ strupy ☐ świąd, pokrzywka ☐ przebarwienie ☐ gorączka
inne: _____

Początek objawów

☐ do 24 godzin ☐ 2-3 doba ☐ po 4 dobie

Zdjęcie od klienta

☐ otrzymano ☐ nie otrzymano

Opis zgłoszenia słowami klienta

Ocena i zalecenia przekazane klientowi

Konsultacja lekarska

☐ nie była konieczna ☐ zalecono konsultację
☐ zalecono pilną pomoc

❖ Dalsze postępowanie

Data	Kontakt i stan klienta	Zalecenia	Podpis

Wnioski: co zmienić w procedurze lub kwalifikacji

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

Podpis osoby kierującej gabinetem

Protokół dokumentacji fotograficznej

Te same warunki przy każdym zdjęciu

Imię i nazwisko klienta

Terapia

❖ Warunki wykonania

- | | |
|---|--|
| ☐ To samo jednolite tło | ☐ Bez makijażu, włosy odsunięte |
| ☐ To samo sztuczne oświetlenie | ☐ Bez biżuterii i okularów |
| ☐ Stała odległość oznaczona na podłodze | ☐ Neutralna mimika i ta sama pozycja |
| ☐ Aparat na wysokości fotografowanej okolicy | ☐ Bez filtrów i trybów upiększających |

Ujęcia twarzy

- ☐ przód
 ☐ półprofil lewy
 ☐ półprofil prawy
 ☐ profil lewy
☐ profil prawy

Ujęcia ciała

- ☐ przód
 ☐ tył
 ☐ bok lewy
 ☐ bok prawy
 ☐ zbliżenie okolicy

❖ Rejestr zdjęć

Data	Etap terapii	Liczba zdjęć	Nazwa pliku lub folderu	Wykonał/a

Zgoda klienta na wykonywanie zdjęć: dokument 11. Pliki przechowuj na nośniku zabezpieczonym hasłem. Nie przysyłaj ich prywatnymi komunikatorami i nie zostawiaj w pamięci prywatnego telefonu.

04

CZĘŚĆ 4

Umowy i regulaminy



Sześć dokumentów, które porządkują zasady współpracy: umowa na pakiet zabiegów, regulamin gabinetu, rezerwacje, bony podarunkowe, reklamacje i upoważnienie dla pracownika.

s. 32	21. Umowa o świadczenie usług	s. 36	23. Zasady rezerwacji i odwoływania wizyt
s. 33	21. Umowa o świadczenie usług (strona 2)	s. 37	24. Regulamin bonów podarunkowych
s. 34	22. Regulamin gabinetu	s. 38	25. Formularz reklamacji
s. 35	22. Regulamin gabinetu (strona 2)	s. 39	26. Upoważnienie do przetwarzania danych

Umowa o świadczenie usług

Pakiet zabiegów kosmetycznych

zawarta w dniu _____ w _____ pomiędzy:

Usługodawca: nazwa, adres, NIP

reprezentowany przez

Klient: imię i nazwisko, adres

Telefon

§ 1. Przedmiot umowy

1. Usługodawca zobowiązuje się wykonać na rzecz Klienta serię zabiegów: _____ w liczbie _____, zgodnie z planem terapii stanowiącym załącznik do umowy.
2. Zabiegi wykonuje osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje, z należytą starannością, przy użyciu sprawnych urządzeń i preparatów dopuszczonych do obrotu.
3. Usługodawca nie gwarantuje osiągnięcia określonego efektu, ponieważ zależy on od indywidualnych cech organizmu i od przestrzegania zaleceń.

§ 2. Terminy

1. Zabiegi będą wykonywane w terminach uzgodnionych przez strony, w okresie od _____ do _____.
2. Zmiana terminu wizyty jest możliwa nie później niż _____ godzin przed wizytą, na zasadach określonych w regulaminie gabinetu.
3. Niewykorzystane zabiegi można zrealizować do dnia _____.

§ 3. Wynagrodzenie

1. Cena pakietu wynosi _____ zł brutto (słownie: _____).
2. Płatność: ☐ jednorazowo w dniu zawarcia umowy ☐ w _____ ratach płatnych do: _____ ☐ przed każdym zabiegiem.
3. Forma płatności: ☐ gotówka ☐ karta ☐ przelew na rachunek: _____.

Umowa o świadczenie usług

Obowiązki stron, rezygnacja, reklamacje

§ 4. Obowiązki Klienta

1. Klient udziela prawdziwych i pełnych informacji w formularzu wywiadu oraz informuje o każdej zmianie stanu zdrowia, leków i o ciąży.
2. Klient stosuje się do zaleceń dotyczących przygotowania do zabiegów i postępowania po nich.

§ 5. Odmowa lub przerwanie zabiegu

1. Usługodawca może odmówić wykonania zabiegu lub go przerwać w razie stwierdzenia przeciwwskazań, podejrzenia choroby wymagającej konsultacji lekarskiej albo nieprzestrzegania zaleceń istotnych dla bezpieczeństwa.
2. W takim przypadku strony ustalają nowy termin albo rozliczenie zabiegów niewykonanych.

§ 6. Rezygnacja i rozliczenie

1. Klient może zrezygnować z dalszych zabiegów, składając oświadczenie pisemnie lub e-mailem.
2. W razie rezygnacji Usługodawca zwraca kwotę za zabiegi niewykonane, pomniejszoną o:
_____.
3. Zwrot następuje w terminie _____ dni, tą samą metodą płatności, chyba że strony uzgodnią inaczej.

§ 7. Reklamacje

1. Klient może zgłosić reklamację pisemnie lub e-mailem. Usługodawca udzieli odpowiedzi w terminie 14 dni od jej otrzymania.
2. Klient będący konsumentem może skorzystać z pozasądowych sposobów rozpatrywania sporów, w tym z pomocy rzecznika konsumentów.

§ 8. Postanowienia końcowe

1. Dane osobowe są przetwarzane zgodnie z klauzulą informacyjną przekazaną Klientowi.
2. Zmiany umowy wymagają zgody obu stron wyrażonej pisemnie lub w wiadomości e-mail.
3. W sprawach nieuregulowanych stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy o prawach konsumenta.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach. Załączniki: plan terapii, formularz wywiadu, zgoda na zabieg.

Usługodawca

Klient

Regulamin gabinetu

Zasady ogólne, rezerwacje i przebieg wizyty

Nazwa gabinetu

Adres

Obowiązuje od

Pieczęć lub logo gabinetu

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady korzystania z usług gabinetu: _____ (nazwa, adres).
2. Korzystanie z usług oznacza zapoznanie się z regulaminem i jego akceptację. Regulamin jest dostępny w recepcji oraz na stronie: _____.
3. Gabinet świadczy usługi kosmetyczne. Nie udziela świadczeń zdrowotnych i nie stawia rozpoznań lekarskich.

§ 2. Rezerwacja wizyt

1. Wizyty można rezerwować: ☐ telefonicznie ☐ przez system rezerwacji ☐ osobiście ☐ przez wiadomość.
2. Zasady zmiany terminu, odwoływania wizyt i przedpłat określa dokument Zasady rezerwacji i odwoływania wizyt.
3. Spóźnienie powyżej _____ minut może oznaczać skrócenie zabiegu lub konieczność zmiany terminu.

§ 3. Przebieg wizyty

1. Przed pierwszym zabiegiem Klient wypełnia formularz wywiadu i podpisuje zgodę na zabieg. Odmowa uniemożliwia wykonanie zabiegów wymagających kwalifikacji.
2. Osoba wykonująca zabieg może odmówić jego wykonania w razie przeciwwskazań, objawów infekcji lub stanu wskazującego na spożycie alkoholu albo innych środków odurzających.
3. W gabinetach zabiegowych przebywa wyłącznie Klient. Wyjątki: opiekun osoby niepełnoletniej oraz osoba wspierająca Klienta z niepełnosprawnością.
4. Gabinet nie odpowiada za rzeczy pozostawione bez nadzoru poza miejscem do tego wyznaczonym.
5. Na terenie gabinetu obowiązuje zakaz palenia oraz nagrywania i fotografowania innych osób bez ich zgody.

Regulamin gabinetu

Płatności, bezpieczeństwo, reklamacje, dane osobowe

§ 4. Ceny i płatności

1. Aktualny cennik jest dostępny w recepcji i na stronie internetowej. Ceny są cenami brutto.
2. Płatność następuje: ☐ po wykonaniu usługi ☐ przed wykonaniem usługi. Akceptowane formy płatności: _____.
3. Pakiety i bony podarunkowe mają okres ważności wskazany na dokumencie sprzedaży lub w odrębnym regulaminie.

§ 5. Bezpieczeństwo

1. Klient informuje o stanie zdrowia, lekach, alergiach i ciąży przed każdym zabiegiem.
2. Klient stosuje się do zaleceń po zabiegu otrzymanych na piśmie i zgłasza niepokojące objawy.
3. Gabinet stosuje procedury higieniczne obejmujące dezynfekcję stanowisk oraz sterylizację lub jednorazowe użycie narzędzi.

§ 6. Osoby niepełnoletnie

1. Zabiegi u osób niepełnoletnich wykonuje się wyłącznie za pisemną zgodą przedstawiciela ustawowego, a gdy wymaga tego rodzaj zabiegu, w jego obecności.

§ 7. Reklamacje

1. Reklamacje można składać pisemnie w gabinecie lub e-mailem na adres: _____. Odpowiedź zostanie udzielona w terminie 14 dni.
2. Zgłoszenie powinno zawierać opis zastrzeżeń, datę usługi i oczekiwany sposób rozpatrzenia. Pomocny jest formularz dostępny w recepcji.

§ 8. Dane osobowe i wizerunek

1. Zasady przetwarzania danych opisuje klauzula informacyjna przekazywana przy pierwszej wizycie.
2. Zdjęcia dokumentujące efekty wykonuje się i publikuje wyłącznie za odrębną zgodą Klienta.
3. Monitoring: ☐ nie jest stosowany ☐ obejmuje wyłącznie: _____ i nie obejmuje pomieszczeń zabiegowych.

§ 9. Postanowienia końcowe

1. Regulamin obowiązuje od dnia _____. O zmianach gabinet informuje w recepcji i na stronie internetowej.
2. W sprawach nieuregulowanych stosuje się przepisy prawa powszechnie obowiązującego.

Zasady rezerwacji i odwoływania wizyt

Krótką wersją do recepcji, na stronę i do potwierdzeń wizyt

Nazwa gabinetu

Adres

Strona internetowa

Pieczęć lub logo gabinetu

- 1. Rezerwacja.** Termin uznajemy za zarezerwowany po potwierdzeniu przez gabinet. Przy rezerwacji prosimy o imię, nazwisko i numer telefonu.
- 2. Przedpłata.** Rezerwacja zabiegów: _____ wymaga przedpłaty w wysokości _____ zł lub _____ % ceny, wniesionej do _____ godzin od rezerwacji. Przedpłata jest zaliczana na poczet ceny i ma charakter: ☐ zadatku ☐ zaliczki.
- 3. Zmiana terminu i odwołanie.** Wizytę można bezpłatnie przełożyć lub odwołać nie później niż _____ godzin przed jej terminem: telefonicznie, wiadomością lub w systemie rezerwacji.
- 4. Późne odwołanie i nieobecność.** W razie odwołania po tym terminie albo niestawienia się na wizytę: ☐ przedpłata nie podlega zwrotowi ☐ kolejna rezerwacja wymaga przedpłaty ☐ zabieg z pakietu uznaje się za wykorzystany.
- 5. Spóźnienie.** Przy spóźnieniu powyżej _____ minut zabieg może zostać skrócony albo przełożony na inny termin.
- 6. Choroba i infekcja.** Przy objawach infekcji, opryszczce lub gorączce prosimy o przełożenie wizyty. Zgłoszenie przed wizytą: ☐ bez opłat ☐ na zasadach ogólnych.
- 7. Odwołanie przez gabinet.** O odwołaniu informujemy niezwłocznie i proponujemy nowy termin. Na życzenie zwracamy przedpłatę w całości.
- 8. Pakiety.** Zabiegi z pakietu należy wykorzystać do daty wskazanej w umowie. Odstępy między zabiegami wynikają z planu terapii.

Telefon do zmiany terminu

Adres e-mail

Godziny pracy recepcji

Zasady stanowią część regulaminu gabinetu i obowiązują od dnia: _____.

Data

Potwierdzam zapoznanie się: podpis klienta

Regulamin bonów podarunkowych

Zasady sprzedaży i realizacji oraz wzór ewidencji

1. Wystawcą bonów jest: _____. Bon uprawnia do skorzystania z usług gabinetu.
2. Bon może być: ☐ kwotowy, o wartości wskazanej na bonie ☐ na określoną usługę lub pakiet.
3. Bon jest ważny _____ miesięcy od dnia zakupu. Termin ważności jest podany na bonie.
4. Realizacja wymaga wcześniejszej rezerwacji i podania numeru bonu. Do rezerwacji stosuje się zasady odwoływania wizyt.
5. Bon nie podlega wymianie na gotówkę, chyba że przepisy prawa stanowią inaczej. Bon można przekazać innej osobie.
6. Jeżeli cena usługi jest niższa od wartości bonu kwotowego, pozostała kwota: ☐ może być wykorzystana do końca ważności bonu ☐ nie podlega zwrotowi. Jeżeli jest wyższa, różnicę dopłaca się w gabinecie.
7. Jeżeli u posiadacza bonu występują przeciwwskazania do wybranej usługi, bon można wymienić na inną usługę o tej samej wartości.
8. Przedłużenie ważności: ☐ nie jest możliwe ☐ jest możliwe jednorazowo o _____ dni, po zgłoszeniu przed upływem terminu.
9. Reklamacje dotyczące bonów rozpatruje się na zasadach określonych w regulaminie gabinetu.

❖ Ewidencja bonów

Numer bonu	Wartość lub usługa	Data sprzedaży	Ważny do	Data realizacji	Uwagi

Formularz reklamacji

Zgłoszenie klienta i protokół rozpatrzenia

Imię i nazwisko

Telefon

E-mail

Usługa lub zabieg

Data wykonania

Data zgłoszenia

Opis zastrzeżeń

Oczekiwanie klienta

- ☐ poprawienie lub powtórzenie usługi ☐ obniżenie ceny
☐ zwrot należności inne: _____

Załączniki

- ☐ zdjęcia ☐ potwierdzenie płatności ☐ dokumentacja lekarska

Data

Podpis klienta

❖ Wypełnia gabinet

Data wpływu

Osoba przyjmująca

Termin odpowiedzi: 14 dni

Ustalenia: dokumentacja zabiegu, rozmowa z osobą wykonującą, zdjęcia

Decyzja i uzasadnienie

Rozstrzygnięcie

- ☐ uznano ☐ uznano częściowo ☐ nie uznano

Odpowiedź przekazano

- ☐ pisemnie ☐ e-mailem

Data odpowiedzi

Podpis osoby rozpatrującej

Upoważnienie do przetwarzania danych

Wraz ze zobowiązaniem do zachowania poufności

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Stanowisko lub rola

Numer upoważnienia

Data nadania

Obowiązuje do

Na podstawie art. 29 RODO upoważniam wyżej wymienioną osobę do przetwarzania danych osobowych klientów gabinetu, w tym danych o stanie zdrowia, wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonywania powierzonych obowiązków.

Zakres upoważnienia

- ☐ dane kontaktowe i rezerwacje ☐ wywiady i dokumentacja zabiegowa
☐ dokumentacja fotograficzna ☐ rozliczenia

Zobowiązuję się

1. Przetwarzać dane wyłącznie na polecenie administratora i w celach związanych z obsługą klientów.
2. Zachować w tajemnicy dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczenia, także po zakończeniu współpracy.
3. Nie kopiować, nie fotografować i nie wносить dokumentów klientów poza gabinet.
4. Nie przysyłać danych ani zdjęć klientów za pomocą prywatnych komunikatorów i prywatnej poczty.
5. Przechowywać dokumenty pod zamknięciem, a ekran komputera i telefon służbowy zabezpieczać hasłem.
6. Niezwłocznie zgłaszać administratorowi każde zdarzenie, które mogło naruszyć bezpieczeństwo danych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami ochrony danych obowiązującymi w gabinecie.

Data i podpis administratora danych

Data i podpis osoby upoważnionej

05

CZĘŚĆ 5

Organizacja pracy



Osiem dokumentów na zaplecze: rejestry higieniczne, listy kontrolne, ewidencje i ankieta. Pomagają utrzymać standard niezależnie od tego, kto danego dnia pracuje.

s. 41	27. Rejestr sterylizacji narzędzi	s. 45	31. Ewidencja preparatów
s. 42	28. Rejestr dezynfekcji	s. 46	32. Dzienny rejestr wizyt
s. 43	29. Otwarcie i zamknięcie gabinetu	s. 47	33. Ankieta satysfakcji klienta
s. 44	30. Przygotowanie stanowiska do zabiegu	s. 48	34. Rejestr zgód i ich wycofań

Rejestr sterylizacji narzędzi

Jeden wiersz na każdy cykl autoklawu

Autoklaw: model i numer seryjny

Miesiąc i rok

Data	Nr cyklu	Wsad: pakiety	Program: temperatura i czas	Test chemiczny	Test biologiczny	Podpis

Wynik testu wpisz jako P (prawidłowy) lub N (nieprawidłowy). Test biologiczny wykonuj z częstotliwością określoną w procedurze gabinetu i zaleceniach producenta autoklawu. Pakiety z cyklu o nieprawidłowym wyniku nie mogą być użyte: poddaj je ponownej sterylizacji. Wydruki z autoklawu i wskaźniki przechowuj razem z rejestrem.

Rejestr dezynfekcji

Powierzchnie, sprzęt i narzędzia

Pomieszczenie lub stanowisko

Miesiąc i rok

Data	Godzina	Powierzchnia lub sprzęt	Preparat i stężenie	Czas działania	Wykonał/a

Stosuj preparaty zgodnie z kartą produktu: właściwe stężenie i pełny czas kontaktu. Roztwory robocze opisuj datą przygotowania. Po każdym kliencie dezynfekuj fotel, blat, głowice urządzeń i wszystkie powierzchnie dotykowe.

Otwarcie i zamknięcie gabinetu

Lista kontrolna na każdy dzień

❖ Otwarcie

- | | |
|---|--|
| ☐ Wietrzenie pomieszczeń | ☐ Środki do dezynfekcji rąk i powierzchni na stanowiskach |
| ☐ Kontrola czystości recepcji, toalety i gabinetów | ☐ Przegląd grafiku i przygotowanie teczek klientów |
| ☐ Włączenie i sprawdzenie urządzeń | ☐ Sprawdzenie wiadomości i potwierdzeń wizyt |
| ☐ Autoklaw: test i gotowość do pracy | ☐ Stan kasy i terminal płatniczy |
| ☐ Uzupełnienie ręczników, podkładów, rękawic | ☐ Temperatura w lodówce na preparaty |

❖ Zamknięcie

- | | |
|---|---|
| ☐ Dezynfekcja stanowisk i głowic urządzeń | ☐ Uzupełnione karty zabiegów z całego dnia |
| ☐ Narzędzia umyte i przygotowane do sterylizacji | ☐ Urządzenia wyłączone, wtyczki sprawdzone |
| ☐ Odpady posegregowane, pojemniki opróżnione | ☐ Rozliczenie kasy |
| ☐ Pranie: ręczniki i odzież robocza | ☐ Lista braków do zamówienia |
| ☐ Teczki klientów i dokumenty pod zamknięciem | ☐ Zamknięte okna, włączony alarm |

❖ Tydzień: _____

Dzień	Otwarcie: podpis	Zamknięcie: podpis	Uwagi
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			
Sobota			

Przygotowanie stanowiska do zabiegu

Lista kontrolna: przed, w trakcie i po

❖ Przed wejściem klienta

- | | |
|--|--|
| ☐ Fotel i blat zdezynfekowane | ☐ Urządzenie sprawdzone, głowica zdezynfekowana |
| ☐ Świeży podkład jednorazowy | ☐ Rękawice, maseczka, okulary ochronne |
| ☐ Narzędzia sterylne w zamkniętych pakietach | ☐ Pojemnik na odpady i ostre narzędzia w zasięgu ręki |
| ☐ Preparaty: sprawdzona data ważności i numer serii | ☐ Teczka klienta: wywiad, zgoda, karta zabiegu |

❖ W trakcie

- | | |
|---|---|
| ☐ Aktualizacja wywiadu potwierdzona podpisem | ☐ Demakijaż i dezynfekcja skóry klienta |
| ☐ Zdjęcia przed zabiegiem wykonane | ☐ Pakiet sterylny otwarty przy kliencie |
| ☐ Mycie i dezynfekcja rąk, rękawice | ☐ Kontrola reakcji skóry w trakcie zabiegu |

❖ Po zabiegu

- | | |
|--|--|
| ☐ Zalecenia przekazane na piśmie | ☐ Odpady usunięte, ostre narzędzia w pojemniku |
| ☐ Karta zabiegu uzupełniona i podpisana | ☐ Narzędzia wielorazowe odłożone do dezynfekcji |
| ☐ Termin kolejnej wizyty ustalony | ☐ Stanowisko zdezynfekowane dla kolejnej osoby |

Zasady dodatkowe obowiązujące w naszym gabinecie

Ewidencja preparatów

Serie, terminy ważności i daty otwarcia

Stanowisko lub magazyn

Osoba odpowiedzialna

Preparat	Producent	Numer serii	Data ważności	Data otwarcia	Zużyć do	Uwagi

Datę otwarcia wpisz także na opakowaniu. Kolumnę Zużyć do uzupełnij na podstawie symbolu otwartego słoiczka albo zaleceń producenta. Przegląd ewidencji wykonuj raz w miesiącu; preparaty po terminie wycofaj i odnotuj to w uwagach.

Dzienny rejestr wizyt

Przebieg dnia na jednej kartce

Data

Osoba pracująca

Stanowisko

Godz.	Klient	Zabieg	Dokumenty	Płatność	Kolejna wizyta	Uwagi

Liczba wizyt

Nieobecności

Nowi klienci

Sprzedane pakiety i bony

Sprawy do załatwienia jutro

Ankieta satysfakcji klienta

Anonimowa, do wypełnienia po wizycie

Dziękujemy za wizytę. Twoja opinia pomaga nam pracować lepiej. Ankieta jest anonimowa i zajmuje około dwóch minut. Zaznacz ocenę znakiem X: 1 oznacza bardzo słabo, 5 oznacza bardzo dobrze.

Oceniany obszar	1	2	3	4	5
Łatwość umówienia wizyty					
Punktualność					
Czystość i komfort gabinetu					
Zrozumiałość informacji o zabiegu					
Fachowość i staranność					
Zalecenia po zabiegu					
Stosunek jakości do ceny					
Ogólne zadowolenie z wizyty					

Czy polecisz nas
znajomym

☐ zdecydowanie tak ☐ raczej tak ☐ trudno powiedzieć
☐ raczej nie

Z jakiej usługi
skorzystałaś/eś

☐ twarz ☐ ciało ☐ depilacja ☐ konsultacja
inne: _____

Co podobało Ci się najbardziej

Co możemy poprawić

Zgoda na cytowanie
opinii bez podania
nazwiska

☐ tak ☐ nie

Wypełnioną ankietę wrzucić do skrzynki w recepcji.

Rejestr zgód i ich wycofań

Ewidencja zgód dotyczących danych i wizerunku

Rodzaj zgody: Z dane o stanie zdrowia, F zdjęcia w dokumentacji, P publikacja wizerunku, M informacje handlowe. Wycofanie zgody odnotuj tego samego dnia i wykonaj wynikające z niego działania.

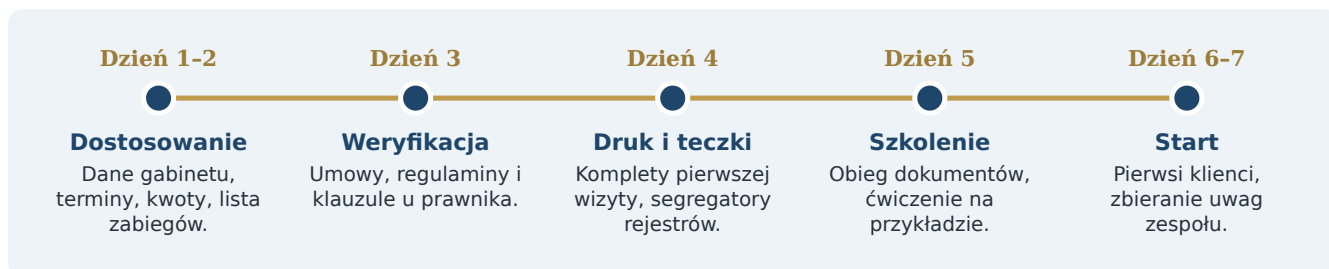
[illegible]

Przykłady działań po wycofaniu: usunięcie zdjęć z mediów społecznościowych, wykreślenie z listy odbiorców wiadomości, oznaczenie teczki klienta.

Wdrożenie pakietu w siedem dni

Plan i lista kontrolna dla osoby kierującej gabinetem

Dokumenty działają dopiero wtedy, gdy cały zespół używa ich w ten sam sposób. Poniższy plan pozwala wprowadzić pakiet bez zakłócania pracy gabinetu.



❖ Lista kontrolna wdrożenia

- | | |
|--|--|
| ☐ Dane gabinetu uzupełnione we wszystkich dokumentach | ☐ Segregator rejestrów higienicznych na zapleczu |
| ☐ Umowa, regulaminy i klauzule sprawdzone przez prawnika | ☐ Upoważnienia podpisane przez wszystkie osoby z dostępem do danych |
| ☐ Załączniki do zgody dopasowane do wykonywanych zabiegów | ☐ Regulamin i zasady rezerwacji dostępne w recepcji i na stronie |
| ☐ Przygotowane komplety pierwszej wizyty: 01, 02, 12, 13 | ☐ Zespół przeszkolony z obiegu dokumentów |
| ☐ Teczki klientów i zamykana szafka na dokumentację | ☐ Termin corocznego przeglądu pakietu wpisany do kalendarza |

Rodzaj dokumentu	Gdzie przechowywać	Kto ma dostęp
Teczki klientów: dokumenty 01-20	zamykana szafka, alfabetycznie lub według numerów kart	osoby upoważnione
Umowy i reklamacje: 21, 25	osobny segregator, chronologicznie	osoba kierująca gabinetem
Rejestry higieniczne: 27-31	segregator na zapleczu	cały zespół
Upoważnienia i rejestr zgód: 26, 34	dokumentacja ochrony danych	administrator danych

Okres przechowywania ustal razem z prawnikiem i wpisz do klauzuli informacyjnej. Po jego upływie dokumenty niszczyć w sposób uniemożliwiający odczytanie danych.