



Informovaný souhlas

Permanentní make-up a mini tetování

PRACOVNÍ NÁVRH

Před použitím doplnit přesné údaje provozovny, dobu uchování dokumentace a nechat zkontrolovat právníkem a odborníkem na hygienu. Fotografie a video mají samostatný, dobrovolný souhlas na straně 3.

1 • KLIENTKA / KLIENT

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Telefon / e-mail	
Datum výkonu	

2 • ZVOLENÝ VÝKON

Zaškrtněte	☐ PMU obočí ☐ PMU oční linky ☐ PMU rtů ☐ mini tetování ☐ jiné:
Místo / motiv / odstín	

3 • ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

U každé položky zakroužkujte ANO / NE. Odpovědi slouží k posouzení vhodnosti výkonu. Nejasnosti proberte před zahájením.

Těhotenství nebo kojení	ANO / NE
Diabetes nebo porucha hojení	ANO / NE
Porucha srážlivosti / léky na ředění krve	ANO / NE
Alergie na pigmenty, kovy, latex, dezinfekci či anestetika	ANO / NE
Kožní onemocnění, vyrážka, infekce nebo poranění v místě výkonu	ANO / NE
Sklon ke keloidním či výrazným jizvám	ANO / NE
Oslabená imunita, onkologická léčba nebo závažné chronické onemocnění	ANO / NE
Opary (zejména u PMU rtů)	ANO / NE
Oční onemocnění, operace očí nebo výrazná citlivost (u očních linek)	ANO / NE
Užívání léků nebo léčba, které mohou ovlivnit výkon či hojení	ANO / NE

Doplňující informace:

.....
.....
.....



Poučení a souhlas s výkonem

4 · CO JE DŮLEŽITÉ VĚDĚT

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s povahou zvoleného výkonu, jeho průběhem, očekávaným výsledkem, hojením, následnou péčí a možností korekce. Rozumím, že výsledek ovlivňuje typ pokožky, zdravotní stav, péče po výkonu i individuální reakce organismu a nelze jej zaručit naprosto přesně.

Mezi možné dočasné nebo trvalejší komplikace patří zejména bolestivost, zarudnutí, otok, drobné krvácení či modřiny, alergická reakce, infekce, nestejněměrné uchycení pigmentu, změna odstínu, rozpití nebo migrace pigmentu, jizvení a potřeba korekce. U očních linek a rtů mohou vzniknout další specifické obtíže, které se probírají při konzultaci.

Měl/a jsem možnost položit otázky, dostal/a jsem srozumitelné odpovědi a sdělil/a jsem všechny skutečnosti, které mohou ovlivnit bezpečnost výkonu nebo hojení. Pokud se můj zdravotní stav změnil, oznámím to před výkonem.

5 · PROHLÁŠENÍ KLIENTKY / KLIENTA

- ☐ Potvrzuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a úplné.
- ☐ Souhlasím s provedením výše označeného výkonu po schválení předkreslení / umístění / odstínu.
- ☐ Rozumím možným rizikům, omezením výsledku a průběhu hojení.
- ☐ Převzal/a jsem pokyny k následné péči a rozumím jim.
- ☐ Vím, že při neobvyklých nebo zhoršujících se obtížích mám kontaktovat salon a podle závažnosti lékaře.

6 · PODPISY

Klientka / klient	V dne Podpis
Osoba provádějící výkon	Jméno Podpis

Poznámka k výkonu / použitým materiálům / šarží:

.....
.....
.....
.....
.....



Fotografie a video

Samostatný dobrovolný souhlas

PRACOVNÍ NÁVRH

Tento souhlas není podmínkou poskytnutí služby. Klientka / klient si může vybrat jednotlivé účely a kanály. Bez zaškrtnutí se záznam pro daný účel nezveřejní.

Správce: Adéla Machalová, IČ 07019513, kontakt 604 717 985, adel.machalova@seznam.cz. Přesnou adresu provozovny a dobu uchování doplnit po právní kontrole.

Souhlasím s pořízením a použitím fotografií / videa pro níže označené účely:

Interní dokumentace výkonu	☐ ANO ☐ NE
Anonymní detail před / po (bez rozpoznatelné tváře)	☐ ANO ☐ NE
Rozpoznatelná fotografie nebo video - web salonu	☐ ANO ☐ NE
Rozpoznatelná fotografie nebo video - Instagram	☐ ANO ☐ NE
Rozpoznatelná fotografie nebo video - Facebook stránka / skupina	☐ ANO ☐ NE
Placená reklama / propagace salonu	☐ ANO ☐ NE

Rozumím, že zveřejněný obsah může být sdílen dalšími uživateli a po stažení mimo původní platformu nemusí být možné odstranit všechny kopie. Souhlas mohu odvolat do budoucna na výše uvedeném kontaktu; odvolání nemění zákonnost použití před odvoláním. Při odvolání uvedu, kterého záznamu a kanálu se týká.

Poznámka / omezení souhlasu:

.....
.....
.....

PODPIS K FOTOGRAFIÍM A VIDEU

Jméno a příjmení	
Datum a podpis	Datum Podpis

Verze dokumentu: 0.1 · 26. 9. 2026 · pracovní návrh