



MIRIT MADJAR

אומנות האיפור הקבוע

**הצהרת בריאות והתחייבות למטופל/ת לקראת איפור קבוע**

שם: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
מייל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
איך הגעת אלינו: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_

**ברצוני להיות מטופל/ת במיקרו פיגמנטציה ולפיכך אני מצהיר/ה:**

1. כי הנני כשיר/ה פיזית לקבל טיפולים ממירית מדג'ר.
2. כי אינני סובל/ת מבעיות רפואיות או מחלות כלשהן או עברתי ניתוחים העלולים לסכן אותי.
3. במידה והנני סובל/ת מבעיות רפואיות אפרט בהמשך.
4. בחתימתי אני מוותר/ת על כל טענה ו/או תביעה כלשהי נגד מירית מדג'ר בגין כל נזק העלול להיגרם לי כתוצאה מהשימוש בשירותים שבתחומכם.

**להלן רשימת שאלות רפואיות עליהן יש לענות בכן/לא:**

האם את/ה סובל/ת מ: \_\_\_\_\_  
מחלת לב/ לחץ דם גבוה / נמוך: \_\_\_\_\_ כן / לא  
אסטמה / בעיות נשימה: \_\_\_\_\_ כן / לא  
האם את/ה נוטל מדללי דם: \_\_\_\_\_ כן / לא  
הרפס: \_\_\_\_\_ כן / לא  
מחלת חום / דלקת כלשהיא/אנטיביוטיקה \_\_\_\_\_ כן / לא  
אפילפסיה: \_\_\_\_\_ כן / לא  
בעיות אנדוקריניות / הורמונאליות: \_\_\_\_\_ כן / לא  
נטייה לדלקות עיניים: \_\_\_\_\_ כן / לא  
רגישות לחומרי הזרקה / הרדמה אצל רופא שיניים: \_\_\_\_\_ כן / לא  
נוטל/ת תרופות לטיפול במחלה כרונית/עכשווית: \_\_\_\_\_ כן / לא  
האם עברת ניתוח כלשהו ב6 חודשים האחרונים: \_\_\_\_\_ כן / לא  
חוסר באנזים G6PD: \_\_\_\_\_ כן / לא



MIRIT MADJAR

אומנות האיפור הקבוע

האם את בהריון/מניקה \_\_\_\_\_ כן / לא

האם עברת קילוף כימי (אם כן איזה) \_\_\_\_\_ כן / לא

האם את/ה כרגע שזוף/ה באזורים בהם יבוצע הטיפול \_\_\_\_\_ כן / לא

נוטל/ת תרופות פסיכיאטריות \_\_\_\_\_ כן / לא

שימוש בקרמים המכילים חומצה/הבהרה \_\_\_\_\_ כן / לא

הזרקת בוטוקס ב30 יום האחרונים \_\_\_\_\_ כן / לא

שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם המטפל: \_\_\_\_\_ חתימת המטפל: \_\_\_\_\_

### **תנאי תשלום: נסגור בנינו**

**ידוע לי שעל מנת לקבל תוצאה אופטימלית יש לחזור על הטיפול בטווח של 30-45 ימים מהטיפול הראשון**

**באחריות הלקוחה לתאם את הטיפולים מראש  
לפי זמינות התורים**



MIRIT MADJAR  
אומנות האיפור הקבוע

## טופס הסכמה לטיפול איפור קבוע

טיפול איפור קבוע הנו קוסמטי ומטרתו להדגיש ולחזק את תווי האזור בו נעשה הטיפול. הטיפול מתבצע ע"י החדרת פיגמנט (צבע) לעור (לתת העור) ע"י מחט זעירה. הטיפול מתבצע לאחר אלחוש מקומי בלבד.

אני מצהירה ומאשרת כי קיבלתי מידע מפורט מהגב' מירית מדגר  
הוסבר לי :

1. אופן ושיטת הטיפול באופן משביע רצון כולל הסיכונים והסיבוכים שעלולים להתרחש במהלך ולאחר טיפול.
2. אני מבינה ומקבלת שאיפור קבוע הוא תהליך שלעיתים דורש יותר מהנחת צבע אחת על מנת להשיג את התוצאה הרצויה. הדגשה נוספת תבוצע בתקופה של עד חודשיים ימים ממועד הטיפול הראשון. כמו כן, אני מבינה שלא ניתן להבטיח 100% הצלחה, כמו כן, אני מבינה שמשך הטיפול תלוי בשינויים המבוקשים ובמתודולוגיה שהמטפלת חושבת ומתאימה. משך הזמן להשלמת הטיפול משתנה מאדם לאדם. א.סוג הטיפול. ב.עובי ועומק אזור הטיפול. ג.הצבע הרצוי. ד.קבלת קליטת הפיגמנט.
3. ידוע לי שכמו בכל טיפול המקרופגימנטציה זהו תהליך קוסמטי נבחר שאינו מדע מדויק אלא יותר בגדר אומנות אני מקבלת על עצמי אחריות להחליט על קביעת הצבע, הצורה ומיקום הגבות, תוחם העיניים, תוחם השפתיים או צביעת שפתיים מלאה.
4. אני מבינה שלרשותי עומד מבחן רגישות עור וצבע לבדיקת רגישות לפיגמנטים ואני מבינה שמבחן זה אינו יכול להבטיח ב-100% שאינני אלרגית/לפיגמנט.
5. אני מבין/ה שכדי להשיג את התוצאות הטובות ביותר הכרחי בניה הדרגתית של צבע הדורשת הנחות רבות של צבע, אני מבינה בנוסף שתוצאות הטיפול שלי נקבעות בחלקן ע"י פתולוגיה הטבעית של סוג העור שלי אך הינה מוגבלת לגורמים הבאים:



## MIRIT MADJAR

אומנות האיפור הקבוע

א.תרופות שנלקחות על ידי כרגע. ב.מאפייני העור: יובש, שומניות, נזקי שמש, עובי העור, נזק כימי לצבע וכיו"ב. ג.השילוב של צבע עורי עם צבעי הפיגמנטים, חומרי הצביעה. ד.חומציות העור שלי העלולה להשתנות מביקור לביקור. ה.צריכת אלכוהול, עישון וכו'. ו.הטיפול האחרי. ז.מצב הבריאות הנוכחי. ח.טיפולים קוסמטיים המכילים חומצה או מקלפים את העור.

6. קיבלתי את ההוראות לאחר הטיפול, חזרתי עליהם ואני מבין/ה אותן כפי שנמסרו לי ומסכים/ה לבצע אותן.

7. אני מבינה שהטיפול כרוך במידה מסוימת של אי נוחות.

8. הוסבר לי שהאפשרויות הבאות עלולות להתרחש עם סיום הטיפול: דימום חלש וזמני, פצעים, חבורות, אודם או מגוון צלקות אפשריות. נדידה, אגירת פיגמנט - צבע, זיהום, תגובה אלרגית לפיגמנטים-חומרי הצביעה ו/או דהייה או אובדן הצבע.

9. אני מבין/ה שעליי ליידע את הרדיולוג שיש לי פיגמנט איפור קבוע - תחמוצת הברזל באם עליי לקבל טיפול MRI.

10. אני מבין/ה שטיפול זה ידהה ודהייה זו יכולה לשנות את הצבע המקורי של הפיגמנט - חומר הצביעה. ושזה מעיד על כך שפשוט הגיע הזמן לביקור לצורך ליטוש וחידוש.

11. אני מסכים/ה לבצע את כל ההוראות של לפני ואחרי הטיפול כפי שניתנו והוסברו לי על ידי המטפלת. אני מסכים/ה לצילום תמונות לפני ואחרי הטיפול כמקובל בתחום האסטטי למטרת תיעוד ו/או פרסום ברשתות חברתיות.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה המטופל: \_\_\_\_\_