

SAMTYKKESKJEMA

Tatovering

Les nøye gjennom hele skjemaet før du signerer.

1. PERSONOPPLYSNINGER

Fullt navn:

Fødselsdato:

Adresse:

Postnr / sted:

Telefon:

E-post:

Identifikasjon: Kunden har fremvist gyldig legitimasjon (pass, bankkort med bilde, førerkort, nasjonalt ID-kort).

Type legitimasjon:

ID-nummer (valgfritt):

Tatovøren bekrefter at fremvist legitimasjon samsvarer med oppgitt navn og alder.

2. ALDERSBEKREFTELSE OG EDRUHET

- Jeg bekrefter at jeg er 18 år eller eldre, eller at jeg har skriftlig samtykke fra foresatte (vedlagt).
- Jeg bekrefter at jeg er edru og ikke er påvirket av alkohol, narkotika eller andre rusmidler i dag.
- Jeg bekrefter at jeg ikke har inntatt sterke smertestillende medisiner eller blodfortynnende legemidler de siste 24 timene uten at tatovøren er informert.

3. HELSE OG ALLERGIER

Vennligst svar på alle spørsmålene nedenfor. Er du usikker, ta kontakt med lege før du gjennomfører tatoveringen.

Spørsmål	Ja	Nei	Kommentar
Har du diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Kommentar:

Spørsmål	Ja	Nei	Kommentar
Har du hjerte- eller karsykdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Har du epilepsi?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Har du hemofili eller annen blødersykdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Er du gravid eller ammer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Har du HIV, hepatitt eller annen blodbåren sykdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Har du hudlidelser (eksem, psoriasis, keloid-arr, m.m.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Har du kjente allergier mot latex, metaller (nikkel) eller fargestoffer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Har du reagert negativt på tatoveringsfarge tidligere?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Har du sår, infeksjon eller betennelse på tatoveringsstedet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Bruker du blodfortynnende medisiner (f.eks. warfarin, aspirin)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Bruker du immunsuppressiva eller kortikosteroider?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Er du under aktiv kreftbehandling (kjemo-/strålebehandling)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Har du gjennomgått organtransplantasjon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>
Har du andre helsemessige forhold tatovøren bør kjenne til?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<i>Kommentar:</i>

Utdyp gjerne relevante svar her:

4. INFORMERT SAMTYKKE

Jeg bekrefter at jeg har blitt informert om og forstår følgende:

- Tatovering er permanent og vanskelig og/eller kostbart å fjerne.
- Prosessen innebærer risiko for smerte, hevelse, rødhet og midlertidig øm hud.
- I sjeldne tilfeller kan det oppstå infeksjon, allergisk reaksjon eller arr.
- Farger kan falme over tid og se annerledes ut på ulike hudtyper.
- Jeg er innforstått med etterstell-instruksjonene tatovøren har gitt meg, og vil følge disse.
- Studioet er ikke ansvarlig for komplikasjoner som oppstår som følge av feilinformasjon fra min side.
- Jeg kan til enhver tid avbryte sesjonen dersom jeg ønsker det.

5. DETALJER OM TATOVERINGEN

Tatovørens navn:

Motiv / design:

Plassering på kroppen:

Estimert størrelse:

Dato for sesjon:

6. FOTOGRAFI (VALGFRITT)

Studioet ønsker å fotografere tatoveringen for bruk i markedsføring (sosiale medier, nettside, portefølje).

- Jeg samtykker til at bilder av tatoveringen kan brukes i markedsføring. (Ansikt vil ikke publiseres uten særskilt samtykke.)
- Jeg ønsker IKKE at bilder av tatoveringen brukes til markedsføring.

7. ERKLÆRING OG SIGNATUR

Jeg erklærer på ære og samvittighet at alle opplysninger jeg har gitt i dette skjemaet er korrekte og fullstendige. Jeg forstår at bevisst feilinformasjon kan føre til helsemessige komplikasjoner og fritar studioet og tatovøren for ansvar dersom slike komplikasjoner oppstår som følge av dette. Jeg bekrefter at jeg av fri vilje ønsker å gjennomføre tatoveringen.

Kundens signatur:

Tatovørens signatur:

Dato: _____

Dato: _____

