

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΡΥΠΗΜΑ ΑΥΤΙΩΝ

Ημερομηνία: ____/____/____

Κατάστημα Claire's: _____

Όνομα Υπαλλήλου Claire's: _____

Όνομα πελάτη: _____

Ηλικία: _____

Ημερομηνία Γέννησης: ____/____/____

Γνωρίζω ότι το τρύπημα των αυτιών μου θα γίνει με αποστειρωμένα, μιας χρήσης σκουλαρίκια, τα οποία είναι ειδικά για το τρύπημα αυτιών και τα οποία είναι συσκευασμένα σε αεροστεγή συσκευασία.

Επίσης κατανοώ ότι σε περίπτωση που βρίσκομαι σε φαρμακευτική αγωγή με αντιβιοτικά ή έχω διαβήτη ή είμαι έγκυος ή έχω ιστορικό μολύνσεων ή άλλων ιατρικών προβλημάτων, το τρύπημα αυτιών παρουσιάζει ένα μεγαλύτερο ρίσκο για εμένα. Θα πρέπει να έχω πάρει την έγκριση του προσωπικού μου Ιατρού πριν προχωρήσω στο τρύπημα των αυτιών μου.

Καταλαβαίνω ότι παρά τον σωστό τρόπο τρυπήματος των αυτιών από το εξειδικευμένο προσωπικό των καταστημάτων της Claire's, καθώς και την από μέρους μου σωστή φροντίδα μετά το τρύπημα, η πιθανότητα μόλυνσης υπάρχει. Η ακατάλληλη υγιεινή και φροντίδα μετά το τρύπημα των αυτιών, η ευαισθησία στο μέταλλο του σκουλαρικιού ή άλλες αιτίες μπορεί να αυξήσουν το ρίσκο της μόλυνσης.

Έχω διαβάσει και έχω καταλάβει τις οδηγίες για την φροντίδα μετά από το τρύπημα αυτιών. Επίσης έχω πάρει ένα αντίγραφο με τις οδηγίες μαζί μου.

Τέλος κατανοώ ότι από την στιγμή που η Claire's δεν μπορεί να παρακολουθεί την μετά το τρύπημα φροντίδα στο σπίτι μου, είναι αποκλειστικά δική μου ευθύνη να τηρώ πιστά τις οδηγίες που μου δόθηκαν την στιγμή του τρυπήματος.

.....

Αποδέχομαι όλα τα παραπάνω και κατανοώ πλήρως τις πιθανές επιπλοκές.

Υπογραφή πελάτη: _____

Σε περίπτωση που ο πελάτης είναι κάτω από 16 χρόνων είναι απαραίτητη η υπογραφή του κηδεμόνα του.

Όνομα κηδεμόνα: _____ Υπογραφή: _____