

# inverness **MED** FORATURA AURICOLARE

## Consenso informato e Certificato di Responsabilità

La foratura auricolare effettuata in questo esercizio commerciale viene svolta mediante l'utilizzo di dispositivi professionali INVERNESS a capsula monouso e secondo procedure che assicurano la massima igiene e sicurezza. Gli orecchini utilizzati sono sterili, biocompatibili e rispettano le dir. Europee (Nichel, Piombo e Cadmio). L'esercente dichiara di lavorare in condizioni igienico sanitarie adeguate e di forare l'orecchio seguendo la procedura di foratura come prescritta dal produttore e nel rispetto di eventuali regolamentazioni Regionali o disposizioni locali. E' buona norma chiedere sempre al cliente se ci sono note ipersensibilità alle leghe metalliche e se si sono manifestate reazioni allergiche al contatto con gioielleria/bigiotteria. In questo caso si consiglia di effettuare la foratura con orecchini INVERNESS in Titanio Medico o in Niobio, materiali di massimo riferimento in termini di biocompatibilità.

Per assicurare una rapida cicatrizzazione è assolutamente necessario seguire con attenzione tutte le indicazioni contenute nel "Certificato di Responsabilità" consegnato al termine della foratura. La non osservanza di tali indicazioni e un comportamento inadeguato o superficiale da parte del Cliente potrebbero causare infezioni e relativi problemi sui quali INVERNESS, l'esercizio commerciale e SANICO Srl (importatore e distributore) non hanno responsabilità, né controllo. Sottoscrivendo questo modulo il Cliente acconsente volontariamente alla foratura delle sue orecchie e dichiara di avere ricevuto il "Certificato di Responsabilità", di averlo letto e di avere capito tutte le avvertenze post foratura indicate. Ed in particolare dichiara di essere stato informato che: per rimuoverne gli effetti è necessario ricorrere ad interventi chirurgici che non sempre garantiscono il ripristino delle condizioni precedenti - sussistono rischi legati a questa pratica, quali la possibile trasmissione di alcune malattie infettive, come, ad esempio, la sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV-AIDS) e l'epatite virale B e C - in conseguenza dei trattamenti descritti possono insorgere infiammazione, infezioni o allergie - non si possono praticare piercing su cute con processi infiammatori in atto - è sconsigliato farsi praticare piercing durante la gravidanza o l'allattamento - è vietato eseguire piercing su minori di anni 14, ad eccezione del solo piercing al lobo dell'orecchio. Il Cliente dichiara di non essere sotto cura per alcun problema medico per il quale la foratura delle sue orecchie sia controindicata.

Ragione Sociale dell'Esercizio.....

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a .....in via.....

tel. .... documento di identità .....

numero .....

rilasciato da.....

in data .....

in qualità di genitore o tutore del minore:

.....

nato a.....il.....

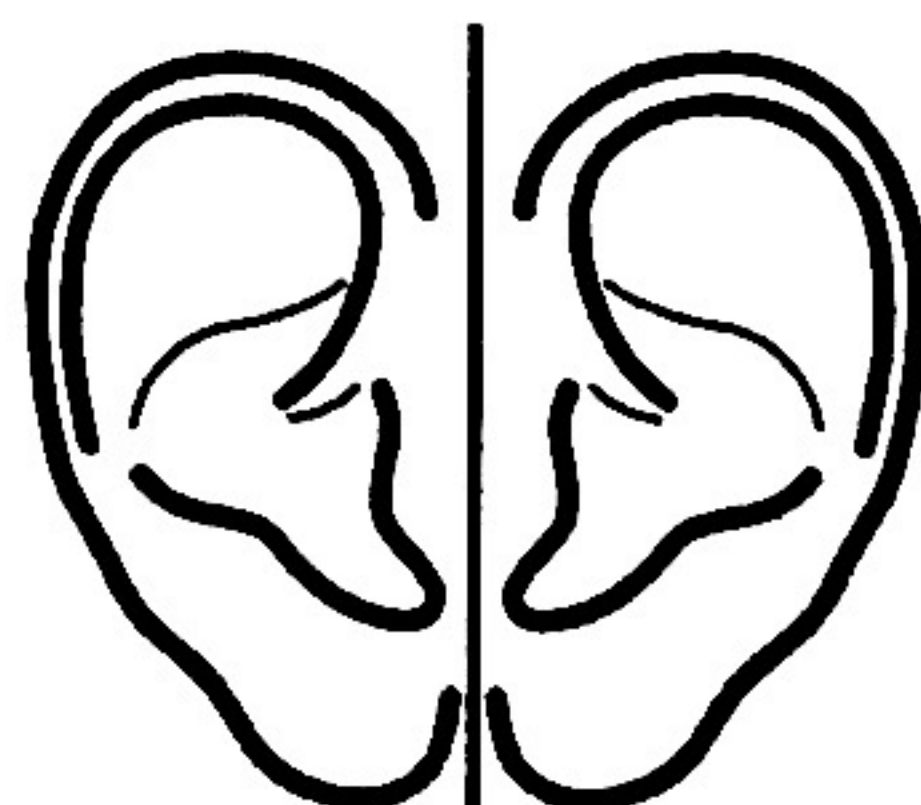
residente a.....

in via.....

.....

Firma .....

INDICARE IL  
PUNTO DI FORATURA



DESTRO | SINISTRO