

SMP 문신행위 설명 및 동의서

설명을 들은 뒤 각 항목을 확인하고 서명합니다.

이용자	성명: _____ 생년월일: _____
시술 범위	[] 헤어라인 [] 가르마 [] 정수리 [] 흉터 [] 민머리 [] 기타: _____
예정 회차	총 _____ 회 중 _____ 회차 예정일: _____ 년 _____ 월 _____ 일
시술자	성명: _____ 면허/임시등록번호: _____

필수 설명·확인

- [] SMP는 두피에 점 또는 선 형태로 염료를 주입해 모발이 더 조밀해 보이도록 하는 미용문신이며, 탈모를 치료하거나 새 모발을 자라게 하는 의료행위가 아닙니다.
- [] 시술 부위·디자인·예상 범위·색상·회차·소요시간·비용 및 사용 예정 기구·염료에 대한 설명을 들었습니다.
- [] 피부·모발 상태와 관리에 따라 발색, 잔존 정도, 점의 크기, 좌우 균형과 유지기간에 개인차가 있고 추가 시술 또는 리터치가 필요할 수 있음을 이해합니다.
- [] 시술 직후 붉음, 따가움, 미세출혈, 부기, 가려움, 각질과 일시적 진해 보임이 나타날 수 있음을 이해합니다.
- [] 감염, 알레르기, 색소 번짐·변색, 염증성 결절, 지속 출혈·진물, 흉터·켈로이드 등 부작용 가능성에 대한 설명을 들었습니다.
- [] 결과를 완전히 되돌리기 어렵고, 제거가 필요하면 의료기관에서 상담·치료해야 하며 문신업소에서는 제거 시술을 할 수 없음을 이해합니다.
- [] 시술 전후 주의사항, 회복 과정, 사후관리 및 의료기관 방문이 필요한 증상에 대한 설명과 안내문을 받았습니다.
- [] 건강상태, 알레르기, 복용약과 기존 시술 이력을 사실대로 알렸으며 변동사항이 있으면 시술 전 고지하겠습니다.
- [] 시술 중 이상 증상이 있으면 즉시 알리고, 안전상 필요하면 시술자가 시술을 중단하거나 의료기관 이송 등의 조치를 할 수 있음에 동의합니다.
- [] 디자인을 거울 또는 표시선으로 확인했습니다. 이용자 디자인 확인 서명: _____
- [] 질문할 기회를 충분히 가졌고, 설명을 이해한 뒤 강요 없이 자발적으로 시술에 동의합니다.

중요

이 동의서는 시술자의 고의·과실 또는 법정 책임을 면제하지 않습니다. 이용자는 동의를 철회하거나 시술 전 추가 설명을 요청할 수 있습니다.

본인은 위 내용을 충분히 듣고 이해하였으며, 자발적으로 SMP 문신행위에 동의합니다.

동의일: _____ 년 _____ 월 _____ 일

이용자: _____ (서명 또는 인) 시술자: _____ (서명 또는 인)

응급연락인: _____ 관계: _____ 전화: _____