

Karta Klienta

Dane osobowe

1 Imię / Nazwisko _____

2 Data urodzenia _____

3 Telefon komórkowy _____

4 Adres e-mail _____

Ankieta osobowa (Niewłaściwe skreślić)

1. Czy występują u Ciebie przeciwwskazania do zabiegów kosmetycznych? TAK / NIE
2. Wymień swoje główne problemy skórne _____
3. Czy obecnie przyjmujesz jakieś leki? TAK / NIE
4. Czy masz jakieś dolegliwości zdrowotne? TAK / NIE
5. Czy jesteś obecnie w ciąży? TAK / NIE
6. Czy posiadasz na coś alergię? TAK / NIE
7. Czy uważasz, że masz wrażliwą skórę? TAK / NIE
8. Jak oceniasz swoją skórę? SUCHA/TŁUSTA/NORMALNA
9. Czy często przebywasz na słońcu/korzystasz z solarium? TAK / NIE
10. Czy w przeszłości miałaś/eś reakcję na jakieś produkty do pielęgnacji skóry (jak tak to jakie?)

11. Czy cierpisz na choroby serca? TAK / NIE
12. Czy w ostatnich latach chorowałaś/eś na nowotwór? TAK / NIE
13. Czy masz preferencje/niechęci/problemy sensoryczne, o których powinniśmy wiedzieć?

14. Czy posiadasz w ciele metalowe elementy/rozrusznik serca? TAK / NIE
15. Czy cierpisz na choroby skóry (np. trądzik/łuszczyca)? TAK / NIE
16. Czy występują u Ciebie aktywne infekcje bakteryjne/wirusowe/grzybicze? TAK / NIE

Karta Klienta

14. Czy występują inne przeciwwskazania, o których powinniśmy wiedzieć?

15. Czy rozumiesz zabiegi, którym zamierzasz się poddać?

TAK / NIE

16. Czy jest jeszcze coś, o czym powinniśmy wiedzieć przed rozpoczęciem wizyty?

Zgoda na przeprowadzenie zabiegów

Proszę zaznaczyć zabiegi, na które wyrażasz zgodę

- Masaż relaksacyjny
- Masaż Kobido
- Peeling enzymatyczny
- Peeling kawitacyjny
- Sonoforeza

Czy korzystałeś/aś wcześniej z tych zabiegów?

TAK / NIE

Uwagi, dodatkowe informacje:

Jeśli w przyszłości moja sytuacja zdrowotna ulegnie zmianie, zobowiązuję się do poinformowania o tym przedstawiciela Salonu, przed wykonaniem kolejnego zabiegu

TAK / NIE

Jednocześnie akceptuję fakt, że Salon „Dotyk Piękna” nie ponosi odpowiedzialności za pogorszenie stanu zdrowia w przypadku zatajenia któregoś z wymienionych wyżej stanów chorobowych lub innych przeciwwskazań.

TAK / NIE

Miejscowość, Data

Podpis

