



Data:

Karta Klienta do zabiegów pielęgnacyjnych

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Telefon	e-mail

Część ogólna:

	Tak	Nie	Jeśli tak, proszę podać nazwę zabiegu i datę
Czy w przeszłości korzystała Pani/Pan z usług gabinetu kosmetycznego lub medycyny estetycznej?	☐	☐	
	Tak	Nie	Jeśli tak, proszę podać nazwę leków lub rodzaj terapii
Czy obecnie stosuje Pani/Pan leczenie dermatologiczne?	☐	☐	
	Tak	Nie	Jeśli tak, proszę podać jakie
Czy ma Pani/Pan alergię na składniki kosmetyków lub leki?	☐	☐	
	Tak	Nie	Jeśli tak, proszę podać nazwę leków
Czy jest Pani/Pan w trakcie leczenia farmakologicznego?	☐	☐	

Pytania dotyczące skóry i pielęgnacji:

Pytanie	
Jak opiszesz swoją skórę twarzy?	☐ Sucha ☐ Tłusta ☐ Mieszana ☐ Wrażliwa ☐ Dojrzała ☐ Przebarwienia ☐ Zmarszczki
Jak opiszesz swoją skórę ciała?	☐ Sucha ☐ Utrata jędrności ☐ Nadwaga ☐ Zatrzymanie wody ☐ Obrzęki ☐ Cellulit ☐ Rozstępy ☐ Naczynka
Czy masz tendencje do?	☐ Rozszerzone naczynka ☐ Rumień, trądzik różowaty ☐ Trądzik, zanieczyszczone pory ☐ Przebarwienia, plamy ☐ Zmarszczki, utrata gęstości skóry ☐ Alergia, wrażliwość ☐ Rozszerzone pory



Przeciwwskazania do zabiegów:

Proszę zaznaczyć, jeśli występują u Ciebie poniższe stany:	
☐ Ciąża, karmienie piersią	☐ Świeże blizny lub rany na obszarze zabiegu
☐ Wszystkie stany chorobowe przebiegające z wysoką temperaturą ciała (<i>powyżej 38°C</i>), ostre i podostre stany zapalne	☐ Pourazowe wylewy w stawach i mięśniach (<i>do 3 dni od urazu</i>)
☐ Cukrzyca	☐ Występowanie metalowych implantów w obszarze wykonywania zabiegów
☐ Padaczka	☐ Choroba wrzodowa z krwawieniami
☐ Nadciśnienie tętnicze	☐ Kamica wątrobowa i nerkowa
☐ Choroby nowotworowe złośliwe i niezłośliwe (<i>w trakcie leczenia lub do 5 lat od wyleczenia</i>)	☐ Stany alergiczne, zmiany dermatologiczne (<i>np. pokrzywka</i>)
☐ Stany zapalne skóry (<i>np. trądzik ropowiczy, egzema, łuszczyca</i>)	☐ Alergia na kosmetyki do pielęgnacji twarzy i ciała
☐ Przerwanie ciągłości skóry, wczesny okres po złamaniach, skręceniach i zwichnięciach, blizny	☐ Choroby autoimmunologiczne (<i>np. toczeń, tarczycza, reumatoidalne zapalenie stawów</i>)
☐ Zabiegi medycyny estetycznej w ostatnich 6 miesiącach	☐ Zaburzenia krzepnięcia krwi, żylaki, krwotoki i tendencja do nich
☐ Różnego rodzaju infekcje, szczepienia w ostatnich 48h	☐ Implanty, rozrusznik serca lub inne urządzenia elektroniczne
☐ Zapalenie żył, zakrzepica żył	☐ Choroby serca, tętniaki, świeże zakrzepy
☐ Opryszczka aktywna	☐ Przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych
☐ Infekcje wirusowe, bakteryjne lub grzybicze skóry	☐ Przebyta lub planowana terapia z użyciem retinoidów (<i>do 6 miesięcy od zakończenia</i>)

Zgoda na zabieg

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu kosmetycznego. Zostałam poinformowana o możliwych przeciwwskazaniach oraz zaleceniach przed i po zabiegu.

.....

Data

.....

Podpis klienta

.....

Podpis osoby wykonującej zabieg

[illegible]