



Data:

Karta Klienta do zabiegów IPL

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Telefon	e-mail

Część ogólna:

	Tak	Nie	Opis
Czy opalała się Pani/Pan na słońcu lub solarium w ciągu ostatnich 3 tygodni?	☐	☐	
Czy stosowała Pani/Pan samoopalacze w ciągu ostatnich 3 tygodni?	☐	☐	
Czy usuwała Pani/Pan owłosienie – воск, pęseta w ciągu ostatnich 2 tygodni?	☐	☐	
Czy jest Pani w ciąży?	☐	☐	
Czy karmi Pani piersią?	☐	☐	

Zabiegi – Czy poddawana była Pani/Pan następującym zabiegom:

Nazwa	Tak	Nie	Opis
Peeling, peeling chemiczny (ostatnie 2 tygodnie).	☐	☐	
Zabiegi chirurgiczne (ostatnie 3 miesiące), jakie?	☐	☐	
Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, Botoks, wypełniacze.	☐	☐	
Czy poprzednio wykonywała Pani/Pan zabieg IPL, SPTF, inne lasery.	☐	☐	
Inne zabiegi (np. „złote nici”)	☐	☐	

Choroby skóry - Czy cierpi Pani/Pan na:

Nazwa	Tak	Nie
Atopowe zapalenie skóry	☐	☐
Bielactwo	☐	☐
Opryszczka	☐	☐
Pokrzywka	☐	☐
Nadwrażliwość na światło	☐	☐



Inne schorzenia – Czy choruje Pani/Pan na:

Nazwa	Tak	Nie	Nazwa	Tak	Nie
Choroby nowotworowe	☐	☐	Alergie	☐	☐
Toczeń	☐	☐	Zaburzenia krzepnięcia krwi	☐	☐
Cukrzyca	☐	☐	Epilepsja	☐	☐
Nadciśnienie tętnicze	☐	☐	Uczulenia na leki	☐	☐
Inne schorzenia - jakie?	☐	☐			

Leki - Czy przyjmuje lub przyjmowała Pani/Pan w ostatnim czasie leki:

Nazwa	Tak	Nie	Opis
Preparaty ziołowe (szczególnie zawierające dziurawiec, nagietek)	☐	☐	
Leki zawierające hormony (w postaci doustnej lub zewnętrznie)	☐	☐	
Leki zawierające retinoidy (np. Roaccutane, Izotek)	☐	☐	
Preparaty zawierające witaminę A w dużych dawkach, Betakaroten	☐	☐	
Antybiotyki	☐	☐	
Inne leki - jakie?	☐	☐	

Substancje mogące wywołać reakcje fotouczuleniowe:

Grupa	Nazwa generyczna	
Antybiotyki (ok. 2 tygodni do 4)	Minocyklina	Norfloksacyna
	Doksycyklina	Ofloksacyna
	Oksytetracyklina	Kwas pipemindynowy
	Tetracyklina	Kwas nalidyksynowy
	Ciprofloksyna	Trimetoprym-Sulfametoksazol
	Moxifloksyna	
Przeciwwgrzybiczne	Gryzeofulwina	
Moczopędne (kons. Lek.)	Furosemidy	Torasemid
	Hydrochlorotiazyd	Tolbutamid
	Chlortalidon	Gliburyd
Przeciwcukrzycowe (kons. Lek.)	Glibenklamid	Glipizyd
	Glinklazyd	Glikwidon
	Glimepirid	Glisendit
Psoraleny	8-Metoksypsoralen	Trimetypsoralen
Przeciwyarytmiczne	Amiodaryn	Chinidyna
Nasercowe		



Antyhistaminowe	Terfenadyna Rupatadyna Prometazyna	Chlorfeniramina Dimenhidrat
Przeciwtrądzikowe (6 miesięcy po)	Izotretinoina	
Antydepresanty/Przeciwłękowe	Imipramina Doksepina Amitriptylina	Alprazolam Lorazepam
Niesteroidowe leki przeciwzapalne	Piroksykam Naproksen	Ketoprofen Ibuprofen
Ustna antykoncepcja	Etynyloestradiol Estradiol	Noretynndron
Perfumy	Olejek z bergamotki	
Witamina A i jej pochodne – kontakt skórny (3 miesiące)	Tretinoina (ac. retinolowy)	

Czy znane są Pani/Panu inne okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegów?

.....
.....

Oświadczenie

Oświadczam, iż udzielone przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów rejestracji w bazie danych
klientów gabinetu, zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie
danych osobowych dnia 29 sierpnia 1997 roku, z szczególnym uwzględnieniem ochrony
danych o stanie zdrowia (Dz. U. 1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm.). Przysługuje Pani/Panu
prawo do wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich zmiany lub usunięcia.

.....

Data

.....

Czytelny podpis (Imię i nazwisko)

.....

Podpis pracownika



Ja niżej podpisana/y, (imię i nazwisko)oświadczam niniejszym, że:

1. Uzyskałam/em od pracownika gabinetu wyczerpujące informacje na temat zabiegu z użyciem fal świetlnych. Przede wszystkim zostałam/em poinformowana/y o wszelkich przeciwwskazaniach do wykonania przedmiotowego zabiegu (*przykładowe przeciwwskazania: cukrzyca, toczeń, epilepsja, łuszczyca, bielactwo, nowotwory, ciąża oraz przyjmowanie produktów fotouczulających*),
2. Wszelkie dane dotyczące mojego zdrowia, zażywanych leków, stosowanych produktów fotouczulających oraz inne informacje podane w ankiecie KARTA KLIENTA są aktualne oraz zgodne z obowiązującym stanem faktycznym,
3. Wyrażam zgodę na użycie okularów ochronnych w trakcie wykonywania zabiegu,
4. Rozumiem, iż z uwagi na fakt, że o powodzeniu zabiegu decyduje wiele czynników zewnętrznych (*m.in. wiek, płeć, fototyp skóry*), **pozytywne efekty zabiegu, polegające na całkowitym i długotrwałym usunięciu owłosienia, nie są zagwarantowane. Biorąc pod uwagę powyższe, zgadzam się na indywidualne ustalenie ilości zabiegów w serii,**
5. Jestem świadoma/-y konieczności wykonania zabiegów przypominających oraz utrwalających (*w przypadku usuwania owłosienia*), w celu utrzymania osiągniętych efektów epilacji.

Ponadto, zobowiązuję się do:

1. Unikania promieniowania UV oraz sauny i solarium w okresie 3-4 dni od daty dokonania zabiegu oraz stosowania w tym okresie kremów z filtrem ochronnym (*faktor 30 lub więcej*) na miejsca szczególnie narażone na działanie promieni słonecznych (*twarz/szyja/dekolt*),
2. Natychmiastowego kontaktu z personelem gabinetu w przypadku wystąpienia jakichkolwiek niepożądanych reakcji po zabiegu.

Data	Czytelny podpis Klienta (imię i nazwisko)	Podpis



Karta zabiegów

[illegible]