

Příjem klientů od estetičky

Komplexní formulář péče o pleť pro obličejové procedury, analýzu pleti a estetické služby

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Analýza pleti

Jak byste popsali svůj typ pleti? *

- ☐ Suchá - působí natěsno, může se loupat
- ☐ Mastná - lesklá, rozšířené póry
- ☐ Kombinovaná - mastná T-zóna, suché líce
- ☐ Normální - vyrovnaná, minimální problémy
- ☐ Citlivá - snadno podrážděná, reaktivní
- ☐ Dehydratovaná - postrádá vlhkost, ale může být stále mastná

Jaké jsou vaše hlavní problémy s pletí? (vyberte všechny, které platí) *

- ☐ Akné / Vyrážka
- ☐ Stárnutí / Jemné linky / Vrásky
- ☐ Hyperpigmentace / Tmavé skvrny
- ☐ Zčervenání / Rosacea
- ☐ Matnost / Nerovnoměrný tón
- ☐ Hrubá textura / Velké póry
- ☐ Suchost / Odlupování
- ☐ Slunečné poškození
- ☐ Jizvy po akné
- ☐ Tmavé kruhy / Otekliny pod očima
- ☐ Černé tečky / Ucpaní pórů

Jakých výsledků se chcete dosáhnout? *

Historie pleti a procedur

Popište vaši současnou rutinu péče o pleť *

Měli jste předtím profesionální obličejové procedury? *

☐ Ano, pravidelně ☐ Ano, příležitostně ☐ Ne, je to můj první

Měli jste některou z následujících procedur v posledních 4 týdnech?

☐ Chemický peeling ☐ Mikronástroj ☐ Laserová léčba
☐ Mikrodermabraze ☐ Botox nebo výplň ☐ Depilace obličeje voskem
☐ Nic z výše uvedeného

Používáte nějaké recepturizované přípravky na pleť?

Zdravotní informace

Máte některý z následujících stavů?

☐ Ekzém ☐ Psoriáza
☐ Rosacea (diagnostikováno) ☐ Herpes labialis / Herpes simplex
☐ Diabetes ☐ Autoimunitní porucha
☐ Rakovina (současně nebo v léčbě) ☐ Historie keloidních jizev
☐ Těhotná nebo kojící ☐ Nic z výše uvedeného

Znamé alergie (ingredience péče o pleť, latex, vůně atd.) *

Současné léky (včetně doplňků stravy)

Užívali jste Accutane (isotretinoin) v posledních 6 měsících? *

☐ Ano ☐ Ne

Výběr služby

Služby které vás zajímají *

☐ Základní / Klasický obličejový peeling ☐ Hluboké čištění obličeje
☐ HydraFacial ☐ Anti-aging obličejový peeling
☐ Rozjasnění / Obličejový peeling na hyperpigmentaci ☐ Obličejový peeling na akné
☐ Obličejový peeling na citlivou pleť ☐ Dermaplaning
☐ LED světelná terapie ☐ Kyslíkový obličejový peeling
☐ Vlastní / Doporučení estetičky

Protokol služby

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Krok	Přípravek	Poznámky
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Potvrzuji, že poskytnuté informace jsou přesné a úplné. Rozumím, že moje estetička bude používat tyto informace k přizpůsobení mé procedury. Souhlasím se zvolenou péčí o pleť a rozumím, že výsledky se liší podle jednotlivce. Souhlasím s tím, že budu informovat estetičku o jakýchkoli nepříjemnostech během procedury.

Potvrzuji, že jsem si přečetl/a a rozumím výše uvedeným informacím a daný souhlas.

Přečetl/a jsem a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.