

Φόρμα Εγγραφής Αισθητικού Θεραπευτή

Ολοκληρωμένη φόρμα συλλογής πληροφοριών περιποίησης δέρματος για θεραπείες προσώπου, ανάλυση δέρματος και αισθητικές υπηρεσίες

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Ανάλυση Δέρματος

Πώς θα περιέγραφες τον τύπο του δέρματός σου; *

- ☐ Ξηρό — αισθάνεται σφιχτό, ενδέχεται να αποφλοιώνεται
- ☐ Λιπαρό — λαμπερό, διευρυμένοι πόροι
- ☐ Μικτό — λιπαρή T-ζώνη, ξηρές μάγουλα
- ☐ Κανονικό — ισορροπημένο, ελάχιστα προβλήματα
- ☐ Ευαίσθητο — εύκολα ερεθίσιμο, αντιδραστικό
- ☐ Αφυδατωμένο — έλλειψη υγρασίας αλλά ενδέχεται να είναι ακόμα λιπαρό

Ποιες είναι οι κύριες ανησυχίες σας για το δέρμα; (επιλέξτε όλα που ισχύουν) *

- ☐ Ακμή / Εξάνθημα
- ☐ Γήρανση / Λεπτές γραμμές / Ρυτίδες
- ☐ Υπερχρώματος / Σκούρες κηλίδες
- ☐ Ερύθημα / Ροδόχρος
- ☐ Θαμπάδα / Ανομοιόμορφη απόχρωση
- ☐ Τραχεία υφή / Μεγάλοι πόροι
- ☐ Ξηρότητα / Αποφλοιώση
- ☐ Ηλιακή ζημιά
- ☐ Ουλές από ακμή
- ☐ Σκιές κάτω από τα μάτια / Φούσκωμα
- ☐ Μαύρα στίγματα / Συμφόρηση

Ποια αποτελέσματα ελπίζετε να επιτύχετε; *

Ιστορικό Δέρματος & Θεραπειών

Περιγράψτε την τρέχουσα καθημερινή ρουτίνα περιποίησης του δέρματός σας *

Έχετε κάνει επαγγελματικές θεραπείες προσώπου πριν; *

☐ Ναι, τακτικά ☐ Ναι, περιστασιακά ☐ Όχι, είναι η πρώτη μου

Έχετε κάνει κάποιο από τα παρακάτω τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

☐ Χημικό peeling ☐ Microneedling ☐ Θεραπεία με laser
☐ Μικροδερμάβρασιο ☐ Botox ή filler ☐ Αποτρίχωση προσώπου
☐ Κανένα από τα παραπάνω

Χρησιμοποιείτε κάποια προϊόντα περιποίησης δέρματος με συνταγή;

Πληροφορίες Υγείας

Έχετε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα υγείας;

☐ Έκζεμα ☐ Ψωρίαση
☐ Ροδόχρος (διαγνωσμένη) ☐ Έρπης / Κρυολάθη
☐ Σακχαρώδης διαβήτης ☐ Αυτοάνοση διαταραχή
☐ Καρκίνος (τρέχων ή σε θεραπεία) ☐ Ιστορικό σχηματισμού keloid
☐ Έγκυος ή θηλάζουσα ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Γνωστές αλλεργίες (συστατικά περιποίησης δέρματος, λάτεξ, αρώματα, κ.λπ.) *

Τρέχοντα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων συμπληρωμάτων)

Έχετε πάρει Accutane (isotretinoin) τις τελευταίες 6 εβδομάδες; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Επιλογή Υπηρεσιών

Υπηρεσίες Ενδιαφέροντος *

☐ Βασικό / Κλασικό Facial ☐ Βαθύ Καθαρισμού Facial
☐ HydraFacial ☐ Αντι-Γήρανσης Facial
☐ Λάμψης / Χρωματισμού Facial ☐ Ακμής Facial
☐ Ευαίσθητου Δέρματος Facial ☐ Dermalplaning
☐ Φωτοθεραπεία LED ☐ Oxygen Facial
☐ Προσαρμοσμένο / Σύσταση Αισθητικού Θεραπευτή

Ημερολόγιο Υπηρεσιών

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Βήμα	Προϊόν	Σημειώσεις
Εγγραφή 1				
Εγγραφή 2				
Εγγραφή 3				
Εγγραφή 4				
Εγγραφή 5				
Εγγραφή 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχω είναι ακριβείς και πλήρες. Καταλαβαίνω ότι ο/η αισθητικός/ή θεραπευτής μου θα χρησιμοποιήσει αυτές τις πληροφορίες για να προσαρμόσει τη θεραπεία μου. Συναινώ στις θεραπείες περιποίησης δέρματος που επέλεξα παραπάνω και καταλαβαίνω ότι τα αποτελέσματα ποικίλλουν ανά άτομο. Συμφωνώ να ειδοποιήσω τον/την αισθητικό/ή θεραπευτή για κάθε δυσφορία κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη διαφωτισμένη συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.