

Modulo di Ammissione Clienti Estetista

Modulo completo di ammissione per la cura della pelle per trattamenti facciali, analisi della pelle e servizi estetici

Informazioni Clienti

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Analisi della Pelle

Come descriveresti il tuo tipo di pelle? *

- ☐ Secca — tesa, può desquamarsi
- ☐ Grassa — lucida, pori dilatati
- ☐ Mista — zona T grassa, guance secche
- ☐ Normale — equilibrata, problemi minimi
- ☐ Sensibile — facilmente irritata, reattiva
- ☐ Disidratata — manca di idratazione ma può rimanere grassa

Quali sono i tuoi principali problemi di pelle? (seleziona tutti gli elementi che si applicano) *

- | | |
|--|---|
| ☐ Acne / Brufoli | ☐ Invecchiamento / Linee sottili / Rughe |
| ☐ Iperpigmentazione / Macchie scure | ☐ Arrossamento / Rosacea |
| ☐ Opacità / Tono irregolare | ☐ Texture ruvida / Pori grandi |
| ☐ Secchezza / Desquamazione | ☐ Danno solare |
| ☐ Cicatrici da acne | ☐ Occhiaie / Gonfiore |
| ☐ Punti neri / Occlusione dei pori | |

Quali risultati speri di ottenere? *

Anamnesi della Pelle e Trattamenti

Descrivi la tua routine di cura della pelle attuale *

Hai ricevuto trattamenti facciali professionali prima d'ora? *

- ☐ Sì, regolarmente ☐ Sì, occasionalmente ☐ No, è il mio primo trattamento

Hai ricevuto uno dei seguenti trattamenti nelle ultime 4 settimane?

- ☐ Peeling chimico ☐ Microneedling ☐ Trattamento laser
☐ Microdermoabrasione ☐ Botox o filler ☐ Ceretta viso
☐ Nessuno dei precedenti

Stai usando prodotti di cura della pelle su prescrizione?

Informazioni Sanitarie

Hai una delle seguenti condizioni?

- ☐ Eczema ☐ Psoriasi ☐ Rosacea (diagnosticata)
☐ Herpes labiale / Herpes simplex ☐ Diabete ☐ Disturbo autoimmune
☐ Cancro (attuale o in trattamento) ☐ Storia di cicatrici cheloidi ☐ Incinta o in allattamento
☐ Nessuno dei precedenti

Allergie note (ingredienti per la cura della pelle, lattice, fragranze, ecc.) *

Farmaci attuali (inclusi integratori)

Hai assunto Accutane (isotretinoina) negli ultimi 6 mesi? *

- ☐ Sì ☐ No

Selezione Servizi

Servizi di Interesse *

- ☐ Trattamento Viso Base / Classico
☐ Trattamento Viso Pulizia Profonda
☐ HydraFacial
☐ Trattamento Viso Anti-Invecchiamento
☐ Trattamento Viso Illuminante / Depigmentante
☐ Trattamento Viso Acne
☐ Trattamento Viso Pelle Sensibile
☐ Dermaplaning
☐ Terapia Luce LED
☐ Trattamento Viso con Ossigeno
☐ Trattamento Viso Personalizzato / Consiglio dell'Estetista

Registro dei Trattamenti

Solo per uso interno

	Data	Fase	Prodotto	Note
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Certifico che le informazioni fornite sono accurate e complete. Comprendo che la mia estetista utilizzerà queste informazioni per personalizzare il mio trattamento. Consento ai servizi di cura della pelle selezionati sopra e comprendo che i risultati variano da individuo a individuo. Accetto di notificare all'estetista qualsiasi disagio durante il trattamento.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni sopra riportate e do il mio consenso consapevole.

Ho letto e compreso le informazioni sopra riportate: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.