

Formularz przyjęcia klienta - Estetyczka

Kompleksowy formularz przyjęcia klienta do zabiegu pielęgnacji skóry, analizy skóry i usług estetycznych

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Analiza skóry

Jak byś opisał(a) swój typ skóry? *

☐ Sucha — napięta, może się złuszczyć

☐ Tłusta — błyszcząca, rozszerzone pory

☐ Mieszana — tłusta strefa T, suche policzki

☐ Normalna — wyważona, minimalne problemy

☐ Wrażliwa — łatwo drażniona, reaktywna

☐ Odwodniona — brakuje wilgoci, ale może być tłusta

Jakie są Twoje główne problemy skóry? (zaznacz wszystkie, które się dotyczą) *

☐ Trądzik / Wysypki

☐ Starzenie się / Drobne zmarszczki / Zmarszczki

☐ Hiperpigmentacja / Ciemne plamy

☐ Zaczerwienienie / Róża

☐ Matowość / Nierówny ton

☐ Szorstka tekstura / Duże pory

☐ Suchość / Łuszczenie

☐ Fotostarzenie

☐ Blizny potrądzikowe

☐ Cienie pod oczami / Opuchlizna

☐ Zaskórniki / Zanieczyszczenia

Jakie rezultaty chciałbyś/chciałabyś osiągnąć? *

Historia skóry i zabiegów

Opisz swoją obecną rutynę pielęgnacji skóry *

Czy kiedykolwiek miałeś/miałaś profesjonalne zabiegi twarzy? *

☐ Tak, regularnie

☐ Tak, okazjonalnie

☐ Nie, to mój pierwszy zabieg

Czy wykonałeś/wykonałaś któryś z poniższych zabiegów w ostatnich 4 tygodniach?

- ☐ Peeling chemiczny
 ☐ Microneedling
 ☐ Zabieg laserowy
☐ Mikrodermabrazja
 ☐ Botoks lub wypełniacz
 ☐ Depilacja woskiem twarzy
☐ Żaden z powyższych

Czy używasz produktów do pielęgnacji skóry dostępnych na receptę?

Informacje zdrowotne

Czy masz któryś z poniższych stanów?

- ☐ Atopowe zapalenie skóry
 ☐ Łuszczyca
☐ Róża (zdiagnozowana)
 ☐ Opryszczka / Opryszczka simpleks
☐ Cukrzyca
 ☐ Choroba autoimmunologiczna
☐ Nowotwór (aktualny lub w trakcie leczenia)
 ☐ Historia bliznowacenia keloidalnego
☐ W ciąży lub karmiąca
 ☐ Żaden z powyższych

Znane alergie (składniki do pielęgnacji skóry, lateks, zapachy itp.) *

Bieżące leki (w tym suplementy)

Czy brałeś/brałaś Accutane (izotretinoinę) w ciągu ostatnich 6 miesięcy? *

- ☐ Tak
 ☐ Nie

Wybór usług

Interesujące Cię usługi *

- ☐ Zabieg podstawowy / klasyczny
 ☐ Zabieg głębokie oczyszczania
☐ HydraFacial
 ☐ Zabiegi anti-aging
☐ Zabiegi rozjaśniające / do hiperpigmentacji
 ☐ Zabiegi na trądzik
☐ Zabiegi dla skóry wrażliwej
 ☐ Dermaplaning
☐ Terapia światłem LED
 ☐ Zabiegi tlenowy
☐ Niestandardowy / Rekomendacja estetyczki

Dziennik zabiegów

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Krok	Produkt	Uwagi
Wpis 1				

	Data	Krok	Produkt	Uwagi
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Poświadczam, że podane informacje są dokładne i kompletne. Rozumiem, że moja estetyczka będzie korzystać z tych informacji w celu dostosowania zabiegu do moich potrzeb. Wyrażam zgodę na zabiegi pielęgnacji skóry wymienione powyżej i rozumiem, że wyniki różnią się w zależności od osoby. Zgadzam się powiadomić estetyczkę o ewentualnym dyskomforcie podczas zabiegu.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i daję świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.