

Estetisyen Müşteri Giriş Formu

Yüz tedavileri, cilt analizi ve estetik hizmetler için kapsamlı cilt bakım giriş formu

Müşteri Bilgileri

Adı *

Soyadı *

E-posta Adresi *

Telefon Numarası *

Doğum Tarihi *

GG / AA / YYYY

Cilt Analizi

Cilt tipinizi nasıl tanımlarsınız? *

- ☐ Kuru — sıkı hissedilir, pullanabilir
- ☐ Yağlı — parlak, genişlemiş gözenekler
- ☐ Kombinasyon — yağlı T-bölgesi, kuru yanaklar
- ☐ Normal — dengeli, minimal sorunlar
- ☐ Hassas — kolayca tahriş olur, reaktif
- ☐ Dehidrate — nemliliği eksik ancak yine de yağlı olabilir

Birincil cilt endişeleriniz nelerdir? (hepsini seçin) *

- | | |
|---|---|
| ☐ Akne / Sivilce | ☐ Yaşlanma / İnce çizgiler / Kırışıklıklar |
| ☐ Hiperpigmentasyon / Koyu lekeler | ☐ Kızarıklık / Rozase |
| ☐ Opaklaşma / Düzensiz ton | ☐ Pürüzlü doku / Büyük gözenekler |
| ☐ Kuruluk / Pullanma | ☐ Güneş hasarı |
| ☐ Akne izleri | ☐ Göz altı koyu halkaları / Şişkinlik |
| ☐ Siyah noktalar / Tıkanıklık | |

Hangi sonuçları elde etmek istiyorsunuz? *

Cilt ve Tedavi Geçmişi

Mevcut cilt bakım rutininizi açıklayın *

Daha önce profesyonel yüz tedavisi aldınız mı? *

- ☐ Evet, düzenli olarak ☐ Evet, ara sıra ☐ Hayır, bu benim ilkimdir

Son 4 hafta içinde aşağıdakilerden herhangi birini yaptırdınız mı?

- ☐ Kimyasal peeling ☐ Mikroneedling ☐ Lazer tedavisi
☐ Mikrodermabrazyon ☐ Botoks veya dolgu ☐ Yüz ağdalama
☐ Yukarıdakilerin hiçbiri

Herhangi bir reçeteli cilt bakım ürünü kullanıyor musunuz?

Sağlık Bilgileri

Aşağıdaki durumlardan herhangi birini yaşıyor musunuz?

- ☐ Egzama ☐ Psoriasis
☐ Rozase (teşhis edilmiş) ☐ Soğuk uçuk / Herpes simpleks
☐ Diyabet ☐ Otoimmün bozukluk
☐ Kanser (şu anda veya tedavi altında) ☐ Keloid iyileşme geçmişi
☐ Hamile veya emziren ☐ Yukarıdakilerin hiçbiri

Bilinen alerjiler (cilt bakım bileşenleri, lateks, koku vb.) *

Mevcut ilaçlar (takviye dahil)

Son 6 ay içinde Accutane (isotretinoin) aldınız mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Hizmet Seçimi

İlgi Alanı Hizmetler *

- ☐ Temel / Klasik Yüz Tedavisi ☐ Derin Temizleme Yüz Tedavisi
☐ HydraFacial ☐ Anti-Yaşlanma Yüz Tedavisi
☐ Parlatma / Pigmentasyon Yüz Tedavisi ☐ Akne Yüz Tedavisi
☐ Hassas Cilt Yüz Tedavisi ☐ Dermaplaning
☐ LED Işık Terapisi ☐ Oksijen Yüz Tedavisi
☐ Özel / Estetisyenin Tavsiyesi

Hizmet Günlüğü

Yalnızca ofis kullanımı için

	Tarih	Adım	Ürün	Notlar
Giriş 1				
Giriş 2				
Giriş 3				
Giriş 4				
Giriş 5				
Giriş 6				

Onay ve İmza

Sağladığım bilgilerin doğru ve tam olduğunu onaylarım. Estetisyenimin bu bilgileri tedavimi kişiselleştirmek için kullanacağını anlıyorum. Yukarıda seçilen cilt bakım hizmetlerine izin veriyorum ve sonuçların bireyler arasında değişken olduğunu anlıyorum. Tedavi sırasında herhangi bir rahatsızlığın olması durumunda estetisyene bildirmek için anlaştım.

Yukarıdaki bilgileri okudum, anladım ve bilinçli izin veriyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım: _____

İmza

Tarih

Adı yazın

Tarih *

GG / AA / YYYY

Bu form Consentify tarafından ücretsiz olarak sağlanmıştır

Consentify, bunun gibi formları müşterilerinizin QR kod aracılığıyla kendi telefonlarında imzaladığı dijital rızaya dönüştürür — otomatik PDF'ler, kontrendikasyon bayrakları ve şifreli depolama ile. Ücretsiz plan <https://getconsentify.com> adresinde mevcuttur.

Yalnızca şablon. Kullanmadan önce kendi lisanslı uzman veya hukuk müşaviri ile gözden geçirin; gereksinimler yargı alanına ve uygulamaya göre değişir.