

Consenso Trattamento Facciale

Consenso e consulenza cutanea per trattamenti viso, hydradermabrasion, dermaplaning, trattamenti enzimatici e terapia LED

Informazioni Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Consulenza Cutanea

Servizi oggi *

☐ Trattamento viso classico / personalizzato

☐ Dermaplaning

☐ Estrazioni

☐ Microcorrente

☐ Hydradermabrasion

☐ Esfoliazione enzimatica o peeling chimico leggero

☐ Terapia con luce LED

Tipo di pelle *

☐ Normale ☐ Secca ☐ Grassa

☐ Mista ☐ Sensibile

Problemi cutanei

☐ Acne / Sfoghi

☐ Linee sottili / Invecchiamento

☐ Macchie scure / Tonalità irregolare ☐ Arrossamento / Rosacea

☐ Secchezza / Disidratazione ☐ Texture / Pori

Prodotti per la skincare attuali

Screening Salute e Pelle

Hai usato retinolo, tretinoina o altri retinoidi negli ultimi 5-7 giorni? *

☐ Sì ☐ No

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

☐ Sì ☐ No

Hai herpes labiale attivo, lesioni aperte, scottature solari o infezione della pelle oggi? *

☐ Sì ☐ No

Hai avuto filler, laser, microneedling, ceretta o peeling chimico negli ultimi 2 settimane? *

☐ Sì ☐ No

Sei incinta o allatti al seno? *

☐ Sì ☐ No

Hai epilessia, un pacemaker o impianti metallici nel viso? *

☐ Sì ☐ No

Hai allergie a ingredienti per la skincare, noci, lattice o profumo? *

☐ Sì ☐ No

Se sì, per favore elenca

Medicinali attuali

Rischi e Complicanze

Possibili reazioni:

- Arrossamento, calore e leggera sensibilità per poche ore
- Purificazione o sfoghi per pochi giorni dopo esfoliazione o estrazioni
- Secchezza o desquamazione
- Piccoli tagli o irritazione da dermaplaning (non comune)
- Reazione allergica a un prodotto
- Iperpigmentazione se la pelle trattata è esposta al sole senza protezione
- Riattivazione herpes labiale con anamnesi di herpes simplex

Evita il sole, i retinoidi, gli acidi esfolianti e gli allenamenti intensi per 24-48 ore dopo il trattamento, e indossa SPF 30+ quotidianamente.

Confermo che le mie risposte riguardanti l'uso di retinoidi, isotretinoina, procedure recenti, allergie e condizioni mediche sono accurate, e comprendo che il trattamento può essere adattato o rifiutato in base a esse.

Ho divulgato la mia storia cutanea e i miei prodotti: _____

Registro Servizi

Solo per uso interno

	Data	Servizi / Prodotti	Osservazioni cutanee	Raccomandazioni per la cura a casa
Voce 1				

	Data	Servizi / Prodotti	Osservazioni cutanee	Raccomandazioni per la cura a casa
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Consento volontariamente ai trattamenti viso selezionati sopra. Comprendo che l'estetista non sta diagnosticando o trattando una condizione medica, che i risultati variano, e che devo segnalare immediatamente qualsiasi disagio durante il trattamento. Esonero il fornitore e la struttura da responsabilità relative a questo trattamento ad eccezione dei casi di negligenza.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni di cui sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e comprendo quanto sopra e consento al trattamento: _____

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.