

Zgoda na zabiegi twarzy

Zgoda i konsultacja skóry do zabiegów facial, hydradermabrasji, dermaplilingu, zabiegów enzymatycznych i terapii LED

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Konsultacja skóry

Zabiegi dziś *

- ☐ Klasyczny / Osobliwy facjal
- ☐ Dermaplaning
- ☐ Ekstraktory
- ☐ Mikronurt

- ☐ Hydradermabrasja
- ☐ Peeling enzymatyczny lub lekki peeling chemiczny
- ☐ Fototerapia LED

Typ skóry *

- ☐ Normalna
- ☐ Sucha
- ☐ Tłusta
- ☐ Mieszana
- ☐ Wrażliwa

Problemy ze skórą

- ☐ Trądzik / Wysypki
- ☐ Drobne zmarszczki / Starzenie się
- ☐ Ciemne plamy / Nierówna barwa
- ☐ Zaczerwienienie / Rozstępy
- ☐ Suchość / Odwodnienie
- ☐ Struktura / Pory

Bieżące produkty pielęgnacyjne

Badanie zdrowia i skóry

Czy stosowałeś retinol, tretinoinę lub inne retinoid w ciągu ostatnich 5-7 dni? *

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy przyjmowałeś izotretinoinę (Accutane) w ciągu ostatnich 6 miesięcy? *

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy masz dzisiaj opryszczkę, otwarte rany, oparzenie słoneczne lub infekcję skóry? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy miałeś zastrzyków, laserów, mikroigielkowania, depilacji woskiem lub peelingu chemicznego w ciągu ostatnich 2 tygodni? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy jesteś w ciąży lub karmiąca piersią? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz epilepsję, rozrusznik serca lub metalowe implanty na twarzy? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz alergię na składniki pielęgnacyjne, orzechy, lateks lub zapachy? *

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, proszę wymienić

Bieżące leki

Ryzyka i powikłania

Możliwe reakcje:

- Zaczerwienienie, ciepło i łagodna wrażliwość przez kilka godzin
- Oczyszczenie lub wysypki przez kilka dni po peelingach lub ekstrakcjach
- Suchość lub łuszczenie się
- Małe raniączki lub podrażnienie od dermaplilingu (rzadko)
- Alergiczna reakcja na produkt
- Hiperpigmentacja, jeśli leczona skóra jest narażona na słońce bez ochrony
- Wybuchy opryszczki z historią opryszczki pospolitej

Unikaj słońca, retinoidów, kwasów peelingujących i intensywnych treningów przez 24–48 godzin po zabiegu i stosuj SPF 30+ codziennie.

Potwierdzam, że moje odpowiedzi dotyczące stosowania retinoidów, izotretinoid, niedawnych zabiegów, alergii i schorzeń są dokładne i rozumiem, że zabieg może zostać dostosowany lub odrzucony na ich podstawie.

Ujawniłem moją historię skóry i produkty: _____

Dziennik usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Zabiegi / Produkty	Obserwacje skóry	Zalecenia do pielęgnacji domowej
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Dobrowolnie wyrażam zgodę na zabiegi na twarzy wybrane powyżej. Rozumiem, że estetyczka nie diagnozuje ani nie leczy stanu chorobowego, że wyniki się różnią i że powinienem natychmiast zgłosić każdy dyskomfort podczas zabiegu. Zwalniam dostawcę i praktykę z odpowiedzialności związanej z tym zabiegiem, z wyjątkiem przypadków zaniedbania.

Potwierdzam, że przeczytałem i rozumiem powyższe informacje i wyrażam świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe i wyrażam zgodę na zabieg: _____

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 zaszyfrowaną 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.