

Consimțământ pentru tratament facial

Consimțământ și consultație de piele pentru tratamente faciale, hidradermabraziune, dermaplaning, tratamente enzimatică și terapie cu LED

Informații client

Prenume *

Nume de familie *

Adresă de e-mail *

Numărul de telefon *

Data nașterii *

ZZ / LL / AAAA

Consultație de piele

Servicii astăzi *

- ☐ Tratament facial clasic / personalizat
- ☐ Dermaplaning
- ☐ Extracții
- ☐ Microcurent

- ☐ Hidradermabraziune
- ☐ Exfoliere enzimatică sau cu acid chimic ușor
- ☐ Terapie cu lumină LED

Tip de piele *

- ☐ Normală
- ☐ Uscată
- ☐ Grăsie
- ☐ Mixtă
- ☐ Sensibilă

Probleme de piele

- ☐ Acnee / Erupții
- ☐ Pete întunecate / Tonalitate neuniformă
- ☐ Uscăciune / Deshidratare
- ☐ Linii fine / Îmbătrânire
- ☐ Roșeață / Rozacea
- ☐ Textură / Pori

Produse actuale de îngrijire a pielii

Screening de sănătate și piele

Ați folosit retinol, tretinoin sau alți retinoizi în ultimele 5-7 zile? *

- ☐ Da
- ☐ Nu

Ați luat izotretinoin (Accutane) în ultimele 6 luni? *

- ☐ Da
- ☐ Nu

Aveți herpesuri active, leziuni deschise, expuneri la soare sau infecție a pielii astăzi? *

☐ Da ☐ Nu

Ați efectuat injecții, laser, microneedling, epilare sau peeling chimic în ultimele 2 săptămâni? *

☐ Da ☐ Nu

Sunteți gravidă sau alăptați? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți epilepsie, un pacemaker sau implanturi metalice în față? *

☐ Da ☐ Nu

Aveți alergii la ingrediente cosmetice, nuci, latex sau parfum? *

☐ Da ☐ Nu

Dacă da, vă rog să le enumerați

Medicamente actuale

Riscuri și complicații

Posibile reacții:

- Roșeață, căldură și sensibilitate ușoară pentru câteva ore
- Purjare sau erupții pentru câteva zile după exfoliere sau extracții
- Uscăciune sau descuamare
- Zgârieturi mici sau iritație din dermaplaning (rar)
- Reacție alergică la un produs
- Hiperpigmentare dacă pielea tratată este expusă soarelui fără protecție
- Declanșare de herpes cu antecedente de herpes simplex

Evitați soarele, retinoizii, acizii exfolianți și antrenamentele intense timp de 24-48 de ore după tratament, și purtați SPF 30+ zilnic.

Confirm că răspunsurile mele despre utilizarea retinoidului, izotretinoin, proceduri recente, alergii și condiții medicale sunt corecte, și înțeleg că tratamentul poate fi ajustat sau declarat pe baza acestora.

Mi-am dezvoltat istoricul pielii și produsele: _____

Jurnal de servicii

Doar pentru uz intern

	Data	Servicii / Produse	Observații despre piele	Recomandări de îngrijire acasă
Intrare 1				

	Data	Servicii / Produse	Observații despre piele	Recomandări de îngrijire acasă
Intrare 2				
Intrare 3				
Intrare 4				
Intrare 5				
Intrare 6				

Consimțământ și semnătură

Accept în mod voluntar tratamentul (tratamentele) faciale selectate mai sus. Înțeleg că esteticienii nu diagnostichează sau nu tratează o afecțiune medicală, că rezultatele variază și că trebuie să raporteze imediat orice disconfort în timpul tratamentului. Eliberez furnizorul și clinica de răspundere legată de acest tratament, cu excepția cazurilor de neglijență.

Confirm că am citit și am înțeles informațiile de mai sus și dau consimțământul informat.

Am citit și înțeleg cele de mai sus și consimț la tratament: _____

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data *

ZZ / LL / AAAA

Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.