

面部护理治疗同意书

面部护理、水磨皮、刮脸术、酶处理和LED光疗的同意书和皮肤咨询

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

皮肤咨询

今天的服务 *

- ☐ 经典/定制面部护理 ☐ 水磨皮 ☐ 刮脸术
☐ 酶或轻度化学换肤 ☐ 粉刺提取 ☐ LED光疗
☐ 微电流

皮肤类型 *

- ☐ 正常 ☐ 干性 ☐ 油性
☐ 混合型 ☐ 敏感型

皮肤问题

- ☐ 痤疮/爆痘 ☐ 细纹/衰老 ☐ 黑斑/肤色不均
☐ 泛红/酒槽鼻 ☐ 干燥/脱水 ☐ 纹理/毛孔

当前护肤产品

健康和皮肤筛查

您在过去5-7天内使用过视黄醇、维A酸或其他视黄醇类产品吗? *

- ☐ 是 ☐ 否

您在过去6个月内服用过异维A酸(Accutane)吗? *

- ☐ 是 ☐ 否

您今天有活跃的唇疱疹、开放性病变、晒伤或皮肤感染吗? *

- ☐ 是 ☐ 否

您在过去2周内做过注射、激光、微针、脱毛或化学换肤吗？*

☐ 是 ☐ 否

您怀孕或正在哺乳吗？*

☐ 是 ☐ 否

您有癫痫、心脏起搏器或脸部金属植入物吗？*

☐ 是 ☐ 否

您对护肤成分、坚果、乳胶或香料过敏吗？*

☐ 是 ☐ 否

如果是，请列出

当前药物

风险和并发症

可能的反应:

- 泛红、温热和轻度敏感，持续几小时
- 清除或爆痘，去角质或提取后持续几天
- 干燥或脱皮
- 刮脸术导致的小伤口或刺激(不常见)
- 对产品的过敏反应
- 黑色素沉着过度，如果治疗过的皮肤暴露在阳光下而没有保护
- 唇疱疹发作，有单纯疱疹病史的情况

治疗后24-48小时内避免阳光、视黄醇、去角质酸和剧烈运动，并每天使用SPF 30+防晒霜。

我确认我关于视黄醇类产品使用、异维A酸、最近治疗、过敏和医学条件的回答是准确的，我理解治疗可能会根据这些信息进行调整或拒绝。

我已披露我的皮肤病
史和产品: _____

服务记录

仅供办公室使用

	日期	服务/产品	皮肤观察	居家护理建议
记录 1				
记录 2				
记录 3				
记录 4				

	日期	服务/产品	皮肤观察	居家护理建议
记录 5				
记录 6				

同意和签名

我自愿同意接受上述选定的面部护理治疗。我理解美容师不是诊断或治疗医学疾病，结果因人而异，我应该立即报告治疗期间的任何不适。除过失情况外，我免除提供商和诊所与本治疗相关的责任。

我确认我已阅读并理解上述信息并给予知情同意。

我已阅读并理解上述内容
并同意治疗: _____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。