

Δήλωση Συναίνεσης για Υπηρεσίες Χρώματος Μαλλιών και Χημικής Επεξεργασίας

Δήλωση συναίνεσης και απαλλαγής από ευθύνη για βάψιμο μαλλιών, ☐, μόνιμη δυσκολία, χαλάρωση και άλλες χημικές θεραπείες μαλλιών

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Υπηρεσίας

Ζητούμενες Υπηρεσίες *

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Μονόχρωμη Βαφή | ☐ Μελιρώματα/Σκούρες Άκρες | ☐ Balayage/Ombre |
| ☐ ☐ /Ανοιχτοχρωματισμός | ☐ Διόρθωση Χρώματος | ☐ Τόνερ/Λάμψη |
| ☐ Μόνιμη Δυσκολία | ☐ Χαλάρωση/Ίσιωμα | ☐ Θεραπεία Κερατίνης |
| ☐ Άλλο | | |

Επιθυμητό Αποτέλεσμα/Περιγραφή Αναφοράς *

Ιστορικό Μαλλιών

Φυσικό Χρώμα Μαλλιών *

Τρέχον Χρώμα Μαλλιών (εάν διαφορετικό)

Χημικές υπηρεσίες τις τελευταίες 12 μήνες:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Χρώμα μαλλιών ή βαφή | ☐ ☐ ή ανοιχτοχρωματιστής | ☐ Μόνιμη δυσκολία |
| ☐ Χαλάρωση ή χημικό ίσιωμα | ☐ Θεραπεία κερατίνης ή ίσιωμα | ☐ Χένα ή μεταλλική βαφή |
| ☐ Κουτί/σπιτικό χρώμα | ☐ Κανένα | |

Έχετε ΠΟΤΕ χρησιμοποιήσει χένα ή μεταλλική βαφή μαλλιών; *

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| ☐ Ναι | ☐ Όχι | ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η |
|------------------------------|------------------------------|---|

Σημαντικό: Η χένα και οι μεταλλικές βαφές μπορούν να αντιδράσουν επικίνδυνα με επαγγελματικό χρώμα μαλλιών, ή μόνιμη δυσκολία. Εάν έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ αυτά τα προϊόντα, παρακαλώ ενημερώστε αμέσως το κομμωτή σας. Μπορεί να απαιτείται δοκιμή κλώνου.

Τρέχουσα κατάσταση μαλλιών *

- ☐ Υγιή — ελάχιστη ζημιά
- ☐ Ελαφρώς ζημιά — κάποια ξηρότητα ή σχισμένες άκρες
- ☐ Μέτρια ζημιά — αξιοσημείωτη θραύση
- ☐ Σοβαρή ζημιά — πολύ ξηρά, εύθραυστα ή σπάνε

Έλεγχος Αλλεργίας

Οι χημικές θεραπείες μαλλιών χρησιμοποιούν προϊόντα που μπορεί να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις σε ορισμένα άτομα. Συνιστάται δοκιμή patch 48 ώρες πριν από την υπηρεσία, ιδιαίτερα για πελάτες πρώτης φοράς.

Έχετε κάποια γνωστή αλλεργία σε βαφή μαλλιών, ή χημικά προϊόντα; *

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι
- ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η

Εάν ναι, περιγράψτε παρακαλώ την αντίδραση

Έχετε σήμερα κάποια από τα ακόλουθα;

- ☐ Κοψίματα ή γρατσουνιές στο κεφάλι
- ☐ Ψωρίαση του κεφαλιού ή δερματίτιδα
- ☐ Ευαισθησία του κεφαλιού
- ☐ Αλωπεκία ή απώλεια μαλλιών
- ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Προτίμηση δοκιμής patch *

- ☐ Έχω κάνει δοκιμή patch και δεν είχα αντίδραση
- ☐ Αρνούμαι τη δοκιμή patch και αποδέχομαι τον κίνδυνο
- ☐ Θα ήθελα να προγραμματίσω μια δοκιμή patch πριν από το ραντεβού μου

Συναίνεση και Απαλλαγή

Αναγνωρίσεις:

1. Κατανοώ ότι τα αποτελέσματα των χημικών θεραπειών μαλλιών εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού των μαλλιών, της τρέχουσας κατάστασης και των φυσικών χαρακτηριστικών των μαλλιών, και ότι τα ακριβή αποτελέσματα δεν μπορούν να εγγυηθούν.
2. Η διόρθωση χρώματος και το σημαντικό ανοιχτοχρωματισμός μπορεί να απαιτούν πολλές συνεδρίες.
3. Κατανοώ ότι οι χημικές θεραπείες φέρουν κινδύνους, συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι περιορισμένων σε: αλλεργική αντίδραση, ερεθισμό ή εγκαύματα του κεφαλιού, ζημιά μαλλιών, θράυση ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα χρώματος.
4. Εάν ο κομμωτής μου καθορίσει ότι η ζητούμενη υπηρεσία μπορεί να προκαλέσει υπερβολική ζημιά στα μαλλιά μου, ενδέχεται να συστήσει μια εναλλακτική προσέγγιση. Κατανοώ και υποστηρίζω αυτή την επαγγελματική κρίση.
5. Έχω αποκαλύψει όλες τις προηγούμενες χημικές θεραπείες ειλικρινώς, συμπεριλαμβανομένων των προϊόντων που χρησιμοποιούν στο σπίτι.
6. Απαλλάσσω το σαλόνι και τον κομμωτή από οποιαδήποτε ευθύνη για κάθε δυσμενή αντίδραση ή ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Επιβεβαιώνω ότι έχω δώσει ακριβείς πληροφορίες για το ιστορικό των μαλλιών μου και κατανοώ ότι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να εγγυηθούν. Αποδέχομαι τους κινδύνους που σχετίζονται με τις χημικές θεραπείες μαλλιών.

Έχω διαβάσει και συμφωνώ με τα παραπάνω: _____

Συναίνεση και Υπογραφή

Συναινώ στην υπηρεσία χρώματος μαλλιών/χημικής θεραπείας που περιγράφεται παραπάνω. Έχω ενημερωθεί για τους κινδύνους και τις εναλλακτικές λύσεις. Έχω αποκαλύψει όλο το σχετικό ιστορικό μαλλιών και πληροφορίες υγείας. Απαλλάσσω το σαλόνι από οποιαδήποτε ευθύνη για αντιδράσεις ή αποτελέσματα που επηρεάζονται από μη γνωστοποιηθείσες πληροφορίες.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη δική μου ενημερωμένη συναίνεση.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.