

Modulo di Consenso e Rinuncia per Servizi di Colorazione e Trattamenti Chimici Capillari

Consenso e rinuncia di responsabilità per colorazione capillare, decolorazione, permanenti, rilassanti e altri trattamenti chimici capillari

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli del Servizio

Servizio(i) Richiesto(i) *

- | | |
|--|---|
| ☐ Colorazione Monoprocedimento | ☐ Colpi di Sole / Riflessi Scuri |
| ☐ Balayage / Ombré | ☐ Decolorazione / Schiarimento |
| ☐ Correzione del Colore | ☐ Tónico / Lucido |
| ☐ Permanente (Ondulazione Permanente) | ☐ Rilassante / Lisciatura |
| ☐ Trattamento alla Cheratina | ☐ Altro |

Risultato Desiderato / Descrizione di Riferimento *

Anamnesi Capillare

Colore Naturale dei Capelli *

Colore Attuale dei Capelli (se diverso)

Trattamenti chimici negli ultimi 12 mesi:

- | | |
|--|--|
| ☐ Colorazione o tintura per capelli | ☐ Decolorazione o schiarente |
| ☐ Permanente | ☐ Rilassante o lisciatura chimica |
| ☐ Trattamento alla cheratina o lisciatura | ☐ Henné o tintura metallica |
| ☐ Tintura in scatola / fai da te | ☐ Nessuno |

Hai MAI utilizzato henné o tinture capillari a base metallica? *

☐ Sì ☐ No ☐ Non sono sicuro

Importante: Henné e tinture a base metallica possono reagire pericolosamente con colorazioni professionali, decolorazioni o permanenti. Se hai mai utilizzato questi prodotti, informi immediatamente il parrucchiere. Potrebbe essere necessaria una prova su ciocca.

Condizione attuale dei capelli *

☐ Sani — danno minimo
☐ Leggermente danneggiati — una certa secchezza o doppie punte
☐ Moderatamente danneggiati — rottura evidente
☐ Gravemente danneggiati — molto secchi, fragili o che si spezzano

Screening Allergie

I trattamenti chimici capillari utilizzano prodotti che possono causare reazioni allergiche in alcuni soggetti. È consigliato un test epicutaneo 48 ore prima del servizio, soprattutto per i clienti al primo accesso.

Hai allergie note a tinture capillari, decoloranti o prodotti chimici? *

☐ Sì ☐ No ☐ Non sono sicuro

Se sì, descrivi la reazione

Hai attualmente uno dei seguenti problemi?

☐ Tagli o abrasioni del cuoio capelluto ☐ Psoriasi o dermatite del cuoio capelluto
☐ Sensibilità del cuoio capelluto ☐ Alopecia o perdita di capelli
☐ Nessuno dei precedenti

Preferenza test epicutaneo *

☐ Ho effettuato un test epicutaneo e non ho avuto reazioni
☐ Declino un test epicutaneo e accetto il rischio
☐ Vorrei programmare un test epicutaneo prima del mio appuntamento

Consenso e Rinuncia

Riconoscimenti:

1. Comprendo che i risultati dei trattamenti chimici capillari dipendono da molti fattori, inclusa la storia capillare, la condizione attuale e le caratteristiche naturali dei capelli, e che i risultati esatti non possono essere garantiti.
2. La correzione del colore e lo schiarimento significativo possono richiedere più sedute.
3. Comprendo che i trattamenti chimici comportano rischi, inclusi ma non limitati a: reazione allergica, irritazione o ustioni del cuoio capelluto, danno ai capelli, rottura o risultati di colore indesiderati.
4. Se il mio parrucchiere determina che il servizio richiesto potrebbe causare danni eccessivi ai miei capelli, può consigliare un approccio alternativo. Comprendo e supporto questo giudizio professionale.
5. Ho rivelato onestamente tutti i precedenti trattamenti chimici, inclusi i prodotti fai da te.
6. Esonero il salone e il parrucchiere da qualsiasi responsabilità per reazioni avverse o risultati indesiderati.

Confermo di aver fornito informazioni accurate sulla mia storia capillare e comprendo che i risultati non possono essere garantiti. Accetto i rischi associati ai trattamenti chimici capillari.

Ho letto e accetto quanto sopra: _____

Consenso e Firma

Consento al trattamento di colorazione/chimico capillare descritto sopra. Sono stato informato dei rischi e delle alternative. Ho divulgato tutta la storia capillare e le informazioni sanitarie pertinenti. Esonero il salone da responsabilità per reazioni o risultati interessati da informazioni non divulgate.

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

Ho letto e comprendo le informazioni sopra riportate: _____

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.