

睫毛延长/睫毛烫卷同意书

对睫毛延长应用、睫毛烫卷和睫毛染色服务的知情同意

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

服务选择

所需服务 *

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 经典睫毛延长——完整套装 | ☐ 经典睫毛延长——补充 | ☐ 体积睫毛延长——完整套装 |
| ☐ 体积睫毛延长——补充 | ☐ 混合睫毛延长——完整套装 | ☐ 混合睫毛延长——补充 |
| ☐ 超大体积睫毛延长 | ☐ 睫毛烫卷 | ☐ 睫毛染色 |
| ☐ 睫毛烫卷和染色 | | |

首选睫毛风格（仅限延长）

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 自然 | ☐ 猫眼 | ☐ 娃娃眼 |
| ☐ 轻盈 | ☐ 戏剧感 | ☐ 造型师推荐 |

眼睛和健康筛查

您目前是否患有或曾经患有以下任何疾病？

- | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ 睑缘炎（眼睑炎症） | ☐ 结膜炎（红眼症）——当前或最近 | ☐ 慢性干眼症 |
| ☐ 麦粒肿或霰粒肿 | ☐ 最近眼科手术（LASIK、白内障等） | ☐ 拔毛癖（拔睫毛） |
| ☐ 影响睫毛的秃发症 | ☐ 隐形眼镜使用者 | ☐ 以上都没有 |

您对乳胶或粘合剂过敏吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不确定

您对甲醛或氰基丙烯酸酯敏感吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不确定

您目前怀孕或正在哺乳吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您以前做过睫毛延长或睫毛烫卷吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

如果是，您是否经历过任何问题？

风险和护理说明

潜在风险：

- 对粘合剂、产品或材料的过敏反应（发红、肿胀、瘙痒）
- 眼睛刺激或敏感
- 天然睫毛损伤（断裂、变薄）如果应用或护理不当
- 如果不保持卫生则感染
- 接触性皮炎

护理说明：

- 应用后24-48小时内避免接触水和蒸气
- 不要摩擦、拉扯或夹住睫毛
- 避免在眼睛周围使用油性产品
- 每天用睫毛专用洗净剂清洁睫毛延长
- 不要在延长上使用机械睫毛夹
- 每2-3周安排一次补充以保持浓密度
- 不要尝试自己卸除延长——建议专业卸除

对于睫毛烫卷/染色：

- 应用后24小时内避免接触水和化妆品
- 不要摩擦或接触睫毛
- 效果持续6-8周

我已被告知睫毛服务的潜在风险，并同意遵循所有护理说明。

我理解风险和护理要求:

服务记录

仅供办公室使用

	日期	眼睛	卷度/长度	数量
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				

同意和签名

我同意上述睫毛服务。我已披露所有相关健康信息，并了解涉及的风险。我已被告知护理要求，并同意遵循。我免除技术员和美容院对任何不利反应或结果的责任。

我确认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
述信息： _____

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。