

Δήλωση Λήψης και Συγκατάθεσης Υπηρεσιών Περιποίησης Νυχιών

Φόρμα εγγραφής πελάτη για υπηρεσίες μανικιούρ, πεντικιούρ, gel, ακρυλικών και ενίσχυσης νυχιών

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Υπηρεσίας

Ζητούμενες Υπηρεσίες *

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Βασικό Μανικιούρ | ☐ Βασικό Πεντικιούρ | ☐ Μανικιούρ Gel |
| ☐ Πεντικιούρ Gel | ☐ Πλήρες Σετ Ακρυλικών | ☐ Επισκευή Ακρυλικών |
| ☐ Dip Powder | ☐ Τέχνη Νυχιών | ☐ Επισκευή Νυχιών |
| ☐ Αφαίρεση Gel/Ακρυλικών | | |

Ιατρικός Έλεγχος

Έχετε κάποιο από τα ακόλουθα;

- | | |
|---|---|
| ☐ Μύκητα νυχιών | ☐ Ενδονυχία |
| ☐ Σκληρότητες στα χέρια ή τα πόδια | ☐ Ψωρίαση νυχιών |
| ☐ Ανοιχτές πληγές ή κοψίματα στα χέρια/πόδια | ☐ Κανένα από τα παραπάνω |

Έχετε αλλεργία σε ακρυλικά, gel, ακετόνη ή λάτεξ; *

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

Αν ναι, παρακαλώ περιγράψτε

Έχετε διαβήτη ή κακή κυκλοφορία αίματος; *

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Ναι | ☐ Όχι |
|------------------------------|------------------------------|

Είστε αυτή τη στιγμή έγκυος; *

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Ναι | ☐ Όχι |
|------------------------------|------------------------------|

Συγκατάθεση και Απαλλαγή Ευθύνης

Αναγνωρίσεις:

1. Κατανοώ ότι η ενίσχυση νυχιών (gel, ακρυλικά, dip) μπορεί να προκαλέσει προσωρινή εξασθένηση των φυσικών νυχιών.
2. Κατανοώ ότι η ακατάλληλη αφαίρεση στο σπίτι μπορεί να βλάψει τα φυσικά μου νύχια.
3. Θα ενημερώσω τον τεχνικό μου για οποιοδήποτε δυσφορία, καύσο ή πόνο κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας.
4. Κατανοώ ότι αλλεργικές αντιδράσεις σε προϊόντα νυχιών μπορούν να εμφανιστούν ακόμη και μετά την προηγούμενη χρήση χωρίς προβλήματα.
5. Απαλλάσσω το σαλόνι από ευθύνη για αντιδράσεις σε προϊόντα ή υπηρεσίες.

Κατανοώ τους κινδύνους που σχετίζονται με τις υπηρεσίες νυχιών και συμφωνώ με τους όρους παραπάνω.

Έχω διαβάσει και συμφωνώ με τα παραπάνω: _____

Συγκατάθεση και Υπογραφή

Συναινώ στις υπηρεσίες νυχιών που περιγράφονται παραπάνω. Έχω ανακοινώσει όλες τις σχετικές πληροφορίες υγείας. Απαλλάσσω το σαλόνι και τον τεχνικό από ευθύνη για οποιοδήποτε αρνητικές αντιδράσεις.

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

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις πληροφορίες παραπάνω: _____

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.