

Согласие на восковую депиляцию / удаление ВОЛОС

Форма согласия на услуги депиляции тела и лица с проверкой чувствительности кожи

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

DD / MM / YYYY

Детали услуги

Области для депиляции *

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Брови | ☐ Верхняя губа | ☐ Подбородок |
| ☐ Все лицо | ☐ Подмышки | ☐ Руки |
| ☐ Полные ноги | ☐ Половина ног | ☐ Линия бикини |
| ☐ Бразильская | ☐ Спина | ☐ Грудь |

Предпочтение типа воска (если применимо)

- | | |
|--|---|
| ☐ Твердый воск | ☐ Мягкий воск / полосовой воск |
| ☐ Сахарный воск | ☐ Нет предпочтений / выбор косметолога |

Скрининг кожи и здоровья

Вы сейчас используете ретиноиды, Retin-A или ретинол? *

- ☐ Да ☐ Нет

Вы принимали Аккутан в течение последних 6 месяцев? *

- ☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас солнечный ожог или свежий загар на области для депиляции? *

- ☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас что-либо из перечисленного на области для депиляции?

- | | |
|---|---|
| ☐ Открытые раны или порезы | ☐ Выступающие родинки или кожные наросты |
| ☐ Сыпь или раздражение | ☐ Варикозное расширение вен |
| ☐ Ничего из вышеперечисленного | |

Вы беременны в настоящее время? *

- ☐ Да ☐ Нет

У вас есть диабет или проблемы с кровообращением? *

☐ Да ☐ Нет

Это ваш первый раз на восковой депиляции? *

☐ Да ☐ Нет

Риски и уход после процедуры

Потенциальные риски:

- Покраснение, раздражение и легкая отечность (норма, проходит в течение нескольких часов)
- Вросшие волосы
- Прыщи или белые головки (фолликулит)
- Ожоги от температуры воска
- Отслоение или разрыв кожи (особенно на чувствительной коже)
- Синяки (редко)
- Аллергическая реакция на воск или продукты

Уход после процедуры:

- Избегайте солнечного света, соляриев и горячих ванн в течение 24-48 часов
- Не наносите ароматизированные продукты, дезодорант или средства для автозагара в течение 24 часов
- Носите свободную одежду над депилированными участками
- Мягко отшелушивайте через 48 часов, чтобы предотвратить вросшие волосы
- Не брейтесь между сеансами депиляции

Мне сообщили о рисках восковой депиляции, и я согласен следовать инструкциям по уходу после процедуры.

Я понимаю риски и уход после процедуры: _____

Согласие и подпись

Я даю согласие на услугу восковой депиляции, описанную выше. Я раскрыл всю релевантную информацию о здоровье и состоянии кожи. Я понимаю риски и согласен следовать инструкциям по уходу после процедуры.

Я подтверждаю, что прочитал и понимаю вышеуказанную информацию и даю свое информированное согласие.

Я прочитал и понимаю вышеуказанную информацию: _____

Подпись

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Дата *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.