

वैक्सगि / हेयर रमूवल सहमति

त्वचा संवेदनशीलता जांच के साथ शरीर और चेहरे की वैक्सगि सेवाओं के लिए सहमति फॉर्म

ग्राहक जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म तारीख *

DD / MM / YYYY

सेवा विवरण

वैक्सगि के क्षेत्र *

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ भौहे | ☐ ऊपरी होंठ | ☐ ठुड़ी |
| ☐ पूरा चेहरा | ☐ बगल | ☐ बाहे |
| ☐ पूरी टांगें | ☐ आधी टांगें | ☐ बकिनी लाइन |
| ☐ ब्राजीलियन | ☐ पीठ | ☐ छाती |

वैक्स प्रकार की वरीयता (यदि लागू हो)

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| ☐ हार्ड वैक्स | ☐ सॉफ्ट/स्ट्रिप वैक्स | ☐ शुगर वैक्स |
| ☐ कोई वरीयता नहीं / एस्थेटिशियन की पसंद | | |

त्वचा और स्वास्थ्य जांच

क्या आप वर्तमान में रेटिनोइड्स, रेटिन-ए, या रेटिनॉल का उपयोग कर रहे हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपने पछिले 6 महीनों में एक्ज्यूटेन लिया है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या वैक्सगि किए जाने वाले क्षेत्र पर धूप से जली या हाल ही में सनटैन है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास वैक्सगि किए जाने वाले क्षेत्र में नमिन्लखिति में से कोई भी है?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ खुले घाव या कट | ☐ उभरे हुए तिल या त्वचा टैग | ☐ दाने या जलन |
| ☐ वैरिकोज नसे | ☐ ऊपर में से कोई नहीं | |

क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपको मधुमेह या परसिंचरण संबंधी समस्याएं हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या यह आपकी पहली बार वैक्सिग करवाना है? *

☐ हाँ ☐ नहीं

जोखमि और बाद की देखभाल

संभावित जोखमि:

- लालमि, जलन, और हल्की सूजन (सामान्य, कुछ घंटों में ठीक हो जाती है)
- अंतरवर्धति बाल
- मुहासे या सफेद सरि (पुटकिशोथ)
- वैक्स के तापमान से जलन
- त्वचा का उठना या फटना (वशिष रूप से संवेदनशील त्वचा पर)
- चोट (दुर्लभ)
- वैक्स या उत्पादों के प्रतिएलर्जी प्रतिक्रिया

बाद की देखभाल:

- 24-48 घंटों के लिए सूर्य के संपर्क, टैनिंग बेड, और गर्म स्नान से बचे
- 24 घंटों के लिए सुगंधित उत्पाद, डीओडोरेट, या सेल्फ-टैनिंग न लगाएं
- वैक्सिग किए गए क्षेत्रों पर ढीले कपड़े पहने
- अंतरवर्धति बालों को रोकने के लिए 48 घंटों के बाद धीरे से एक्सफोलिएट करें
- वैक्सिग के बीच शेवगि न करें

मुझे वैक्सिग के जोखमिों के बारे में सूचित किया गया है और मैं बाद की देखभाल के निर्देशों का पालन करने के लिए सहमत हूँ।

मैं जोखमिों और बाद की देखभाल को समझता हूँ:

सहमति और हस्ताक्षर

मैं ऊपर वर्णित वैक्सिग सेवा के लिए सहमत होता हूँ। मैंने सभी प्रासंगिक स्वास्थ्य और त्वचा संबंधी जानकारी का खुलासा किया है। मैं जोखमिों को समझता हूँ और बाद की देखभाल के निर्देशों का पालन करने के लिए सहमत हूँ।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी है और समझी है और मैं सूचित सहमति देता हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी है और समझी है:

हस्ताक्षर

दनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जिससे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसिंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशुल्क योजना उपलब्ध है।

केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।