

왁싱/제모 동의서

피부 민감성 검사를 포함한 신체 및 얼굴 제모 서비스 동의서

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

휴대폰 번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

서비스 세부사항

제모할 부위 *

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 눈썹 | ☐ 윗입술 | ☐ 턱 |
| ☐ 전체 얼굴 | ☐ 겨드랑이 | ☐ 팔 |
| ☐ 전체 다리 | ☐ 반반 다리 | ☐ 비키니 라인 |
| ☐ 브라질리언 | ☐ 등 | ☐ 가슴 |

왁스 종류 선호도 (해당하는 경우)

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 하드 왁스 | ☐ 소프트/스트립 왁스 | ☐ 슈거 왁스 |
| ☐ 선호도 없음/미용사 선택 | | |

피부 및 건강 선별검사

현재 레티노이드, Retin-A 또는 레티놀을 사용하고 있습니까? *

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| ☐ 예 | ☐ 아니오 |
|----------------------------|------------------------------|

지난 6개월 이내에 아쿠탄을 복용한 적이 있습니까? *

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| ☐ 예 | ☐ 아니오 |
|----------------------------|------------------------------|

제모 부위에 햇빛에 탄 상처나 새로운 태닝이 있습니까? *

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| ☐ 예 | ☐ 아니오 |
|----------------------------|------------------------------|

제모 부위에 다음 중 하나라도 있습니까?

- | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| ☐ 개방성 상처 또는 절상 | ☐ 튀어나온 점 또는 피부 태그 | ☐ 발진 또는 자극 |
| ☐ 정맥류 | ☐ 위 항목 중 없음 | |

현재 임신 중입니까? *

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| ☐ 예 | ☐ 아니오 |
|----------------------------|------------------------------|

당뇨병 또는 순환 장애가 있습니까? *

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| ☐ 예 | ☐ 아니오 |
|----------------------------|------------------------------|

처음으로 확성을 받는 것입니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

위험성 및 사후관리

잠재적 위험성:

- 발적, 자극 및 경미한 부종 (정상이며 수 시간 내에 해결됨)
- 내성모
- 여드름 또는 흰머리 (모낭염)
- 왁스 온도로 인한 화상
- 피부 벗겨짐 또는 손상 (민감한 피부에서 특히)
- 멍 (드문 경우)
- 왁스 또는 제품에 대한 알레르기 반응

사후관리:

- 24-48시간 동안 햇빛 노출, 태닝 침대 및 뜨거운 목욕 피하기
- 24시간 동안 향수 제품, 제한제 또는 셀프 태닝 제품 사용 금지
- 제모 부위에 험거운 옷 입기
- 내성모 방지를 위해 시술 후 48시간 경과 후 부드럽게 각질 제거
- 왁스 약속 사이에 면도하지 않기

나는 확성의 위험성에 대해 통보받았으며 사후관리 지침을 따르는 데 동의합니다.

위험성과 사후관리를

이해합니다:

동의 및 서명

나는 위에서 설명한 확성 서비스에 동의합니다. 나는 모든 관련 건강 및 피부 정보를 공개했습니다. 나는 위험성을 이해하고 사후관리 지침을 따르는 데 동의합니다.

나는 위의 정보를 읽었고 이해했으며 정보에 입각한 동의를 제공합니다.

위의 정보를 읽었고

이해했습니다:

서명

날짜

이름 인쇄

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공합니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.