

Zgoda na usługi depilacji / usuwania włosów

Formularz zgody na usługi depilacji ciała i twarzy z oceną wrażliwości skóry

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły usługi

Obszary do depilacji *

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ Brwi | ☐ Górna warga | ☐ Podbródek |
| ☐ Całej twarzy | ☐ Podpachy | ☐ Ramiona |
| ☐ Całe nogi | ☐ Pół nóg | ☐ Linia bikini |
| ☐ Brazylijska | ☐ Plecy | ☐ Klatka piersiowa |

Preferowany typ wosku (jeśli dotyczy)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Twardy wosk | ☐ Miękki wosk / wosk pasków |
| ☐ Wosk cukrowy | ☐ Brak preferencji / wybór estetyczki |

Ocena stanu skóry i zdrowia

Czy obecnie używasz retinoidów, Retin-A lub retinolu? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy brałeś/brałaś Accutane w ciągu ostatnich 6 miesięcy? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz oparzenie słoneczne lub świeży opalenizn na obszarze do depilacji? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz coś z poniższego na obszarze do depilacji?

- | | |
|---|---|
| ☐ Otwarte rany lub skaleczenia | ☐ Wyróżniające się pieprzyki lub etykiety skórne |
| ☐ Wysypka lub podrażnienie | ☐ Żylaki |
| ☐ Nic z powyższego | |

Czy jesteś obecnie w ciąży? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy masz cukrzycę lub problemy krążeniowe? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy to Twój pierwszy raz depilacji woskiem? *

☐ Tak ☐ Nie

Ryzyka i pielęgnacja po zabiegu

Potencjalne ryzyka:

- Zaczerwienienie, podrażnienie i małe obrzęki (normalne, ustępują w ciągu godzin)
- Wrastające włosy
- Guzki lub białuszki (folikulitis)
- Oparzenia od temperatury wosku
- Podniesienie lub pęknięcie skóry (szczególnie na wrażliwej skórze)
- Siniaki (rzadko)
- Reakcja alergiczna na wosk lub produkty

Pielęgnacja po zabiegu:

- Unikaj ekspozycji na słońce, solarium i gorących kąpeli przez 24-48 godzin
- Nie nakładaj perfumowanych produktów, dezodorantu ani samoopalacza przez 24 godziny
- Noś luźne ubrania nad depilowanymi obszarami
- Łagodnie złuszczaź skórę 48 godzin po zabiegu, aby zapobiec wrastającym włosom
- Nie golij się między wizytami depilacji

Zostałem/am poinformowany/a o ryzykach depilacji woskiem i zgadzam się postępować zgodnie z instrukcjami pielęgnacji po zabiegu.

Rozumiem ryzyka i pielęgnację po zabiegu: _____

Zgoda i podpis

Wyrażam zgodę na usługę depilacji opisaną powyżej. Ujawniłem/am wszystkie istotne informacje dotyczące zdrowia i stanu skóry. Rozumiem ryzyka i zgadzam się postępować zgodnie z instrukcjami pielęgnacji po zabiegu.

Potwierdzam, że przeczytałem/am i rozumiem powyższe informacje i wyrażam świadomą zgodę.

Przeczytałem/am i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.