

ใบยินยอมสำหรับการขจัดขน/แว็กซ์

ใบยินยอมสำหรับบริการแว็กซ์ใบหน้าและร่างกาย พร้อมการคัดกรองความไวของผิว

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดบริการ

พื้นที่ที่จะแว็กซ์ *

- | | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ คิ้ว | ☐ ขนบนริมฝีปาก | ☐ คาง |
| ☐ ใบหน้าทั้งหมด | ☐ รักแร้ | ☐ แขน |
| ☐ ขาทั้งสอง | ☐ ขาค้างข้าง | ☐ บิกินีไลน์ |
| ☐ บราซิลเลียน | ☐ หลัง | ☐ หน้าอก |

ลักษณะแว็กซ์ที่ต้องการ (หากมี)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ แว็กซ์แข็ง | ☐ แว็กซ์นุ่ม/แว็กซ์แถบ |
| ☐ แว็กซ์น้ำตาล | ☐ ไม่มีความต้องการ / ปล่อยให้ช่างแว็กซ์เลือก |

การคัดกรองผิวและสุขภาพ

คุณกำลังใช้เรตินอยด์, Retin-A หรือเรตินอลหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณได้รับ Accutane ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีอาการแดดเผาหรือผิวเสียจากแดดเมื่อเร็วๆ นี้หรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีอาการไถต่อบนผิวหนังที่จะแว็กซ์หรือไม่?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| ☐ แผล หรือรอยด่าง | ☐ เซลหรือสิว | ☐ อาการระคายเคืองหรืออักเสบ |
| ☐ เส้นเลือดขยาย | ☐ ไม่มีข้างต้น | |

คุณตั้งครรภ์หรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณมีโรคเบาหวานหรือปัญหาในการไหลเวียนเลือดหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

นี่เป็นครั้งแรกของคุณที่แว็กซ์หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ความเสี่ยงและการดูแลหลังการรักษา

ความเสี่ยงที่เป็นไปได้:

- ความแดง อาการระคายเคือง และบวมเล็กน้อย (ปกติ หายไปในอีกหลายชั่วโมง)
- ขนป่อ
- สิวหรือหัวสิวขาว (การอักเสบของซีระหว่างเส้นผม)
- ใหน้จากแว็กซ์ที่ร้อน
- ผิวยกตัวหรือฉีกขาด (โดยเฉพาะบนผิวที่ไวต่อสารระคายเคือง)
- เลือดออกจากการกระทบ (หายาก)
- ปฏิกิริยาแพ้ต่อแว็กซ์หรือผลิตภัณฑ์

การดูแลหลังการรักษา:

- หลีกเลี่ยงแสงแดด เติ่งสันอาบแดด และอาบน้ำร้อนเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง
- อย่าทาผลิตภัณฑ์หอม ระวัง หรือผิวสีแต่งหน้า 24 ชั่วโมง
- สวมใส่เสื้อผ้าหลวมๆ เนื้อพื้นที่ที่แว็กซ์
- ลอกเศษผิว 48 ชั่วโมงหลังจากนั้นเพื่อป้องกันขนป่อ
- อย่าโกนขนระหว่างการรักษา

ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการแว็กซ์ และตกลงที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลหลังการรักษา

ฉันเข้าใจความเสี่ยงและการดูแลหลังการรักษา: _____

ยินยอมและลายเซ็น

ฉันตกลงที่จะให้บริการแว็กซ์ตามที่อธิบายไว้ข้างต้น ฉันได้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและผิวที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

ฉันเข้าใจความเสี่ยงและตกลงที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลหลังการรักษา

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมอย่างชาญฉลาด

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเตือนข้อห้าม และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้กับ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ