

脱毛/除毛同意书

身体和面部脱毛服务同意书，包含皮肤敏感性筛查

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮箱 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

服务详情

脱毛区域 *

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ 眉毛 | ☐ 上唇 | ☐ 下巴 |
| ☐ 整个面部 | ☐ 腋下 | ☐ 手臂 |
| ☐ 整条腿 | ☐ 半腿 | ☐ 比基尼线 |
| ☐ 巴西式脱毛 | ☐ 背部 | ☐ 胸部 |

蜡膏类型偏好（如适用）

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 硬蜡 | ☐ 软蜡/条状蜡 | ☐ 糖蜡 |
| ☐ 无偏好/美容师选择 | | |

皮肤和健康筛查

您目前是否在使用维A酸类、Retin-A或视黄醇？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您在过去6个月内服用过异维A酸（Accutane）吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您在脱毛区域是否有晒伤或新鲜晒黑？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您在脱毛区域是否有以下任何情况？

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 开放性伤口或割伤 | ☐ 凸起的痣或皮肤标签 | ☐ 皮疹或刺激 |
| ☐ 静脉曲张 | ☐ 以上都没有 | |

您目前是否怀孕？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您是否患有糖尿病或循环系统问题？ *

- ☐ 是 ☐ 否

这是您第一次做蜡疗脱毛吗？ *

☐ 是 ☐ 否

风险和护理须知

潜在风险：

- 发红、刺激和轻微肿胀（正常现象，数小时内消退）
- 毛发内生
- 丘疹或白头（毛囊炎）
- 蜡膏温度导致的灼伤
- 皮肤撕裂或剥离（尤其在敏感皮肤上）
- 瘀伤（罕见）
- 对蜡膏或产品的过敏反应

护理须知：

- 24-48小时内避免日晒、日光浴床和热水浴
- 24小时内不要使用香氛产品、除臭剂或自晒喷雾
- 在脱毛区域穿着宽松的衣服
- 48小时后轻轻去角质，防止毛发内生
- 脱毛疗程之间不要剃毛

我已被告知脱毛的风险，并同意遵循脱毛后护理说明。

我理解风险和护

理须知：

同意和签名

我同意接受上述脱毛服务。我已披露所有相关的健康和皮肤信息。我理解相关风险，并同意遵循脱毛后护理说明。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上

述信息：

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。