

Vendégkártya és kezelési hozzájárulás

NÉV

CÍM

TELEFON

E-MAIL

SZÜLETÉSI DÁTUM

IRÁNYÍTÓSZÁM

PRÓBA IDŐPONTJA

dátum

ISMERT BETEGSÉGEK

A kezelés biztonságos elvégzéséhez ismernünk kell az egészségügyi állapotodat. Kérjük, jelölj meg mindent, ami rád vonatkozik.

Van gyógyszeresen szabályozott cukorbetegséged?

☐ Igen ☐ Nem

a kezelést csak orvos jóváhagyásával szabad elvégezni

Van bármilyen bőrbetegséged?

☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, add meg a részleteket

Van bármilyen allergiád?

☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, add meg a részleteket

Szedsz olyan gyógyszert, amely hatással van a bőrödre? (pl. szteroidok vagy akné gyógyszer)

☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, add meg a részleteket

Volt kitéve a bőröd túlzott hőnek az elmúlt 24 órában? (Szolárium, napozás, joga, gőz stb.)

☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, add meg a részleteket

Volt műteted az elmúlt 6 hónapban?

☐ Igen ☐ Nem

Használsz jelenleg vagy használtad korábban a következőket?

Retin-A, Renova vagy Accutane

☐ Igen ☐ Nem

Bőrré ható vagy anti-aging termékek

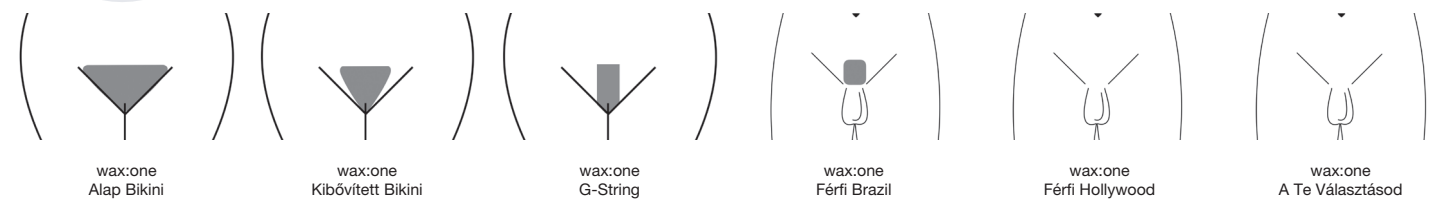
☐ Igen ☐ Nem

Botox vagy arc feltöltés (az elmúlt 2 hétben)

☐ Igen ☐ Nem

Kérjük, részletezz minden egyéb olyan állapotot, amit úgy érzel, hogy befolyásolhatja a wax:one kezelést.

DÁTUM	KEZELÉS RÉSZLETEI	VÁLTOZTATÁSOK	KEZELŐ ALÁÍRÁSA	VENDÉG ALÁÍRÁSA

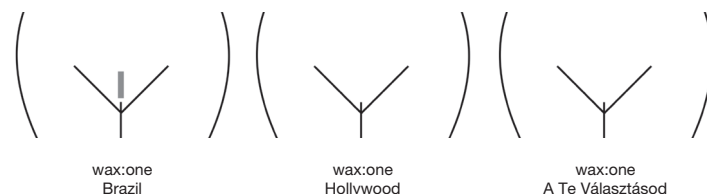


Örülök, ha így léptek kapcsolatba velem:

Telefon ☐
Posta ☐
E-mail ☐

Szeretnék tájékoztatást kapni a szalonról:

Promóciók ☐
Speciális ajánlatok ☐
Új szolgáltatások/termékek ☐
Események ☐



Elovastam és megértettem a vendégkártyán feltüntetett kérdéseket és információkat. A kérdéseket legjobb tudásom szerint és őszintén válaszoltam meg. A wax:one kezeléshez hozzájárulok. Kétség esetén tájékoztatom a kezelést végző szakembert. Tudomásul veszem, hogy waxolás közben és azt követően különböző bőrreakciók léphetnek fel. Az otthoni ápolásra vonatkozó javaslatokat betartom.

Aláírás és dátum

WAX:ONE
VENDEGKÁRTYA