

Karta klienta

1. Dane kontaktowe

Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Data urodzenia	

2. Naturalny kolor włosów

Blond- bardzo jasny	
Blond	
Rudy	
Jasnobrązowy	
Ciemnobrązowy	
Czarny	
Siwy	

3. Kolor skóry

Biały, bardzo jasny	
Biały, w miarę jasny	
Czerwony	
Jasnobrązowy	
Ciemnobrązowy	

4. KIEDY OSTATNI RAZ OPALAŁ/A SIĘ PAN/I NA SŁOŃCU, SOLARIUM LUB KORZYSTAŁA Z SAMOOPALACZA/BRAZERA?

.....

.....

.....

5.

	TAK	NIE	UWAGI
Czy jest Pan/i teraz opalony/a?			
Czy jest Pani w ciąży lub w trakcie karmienia?			
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na nowotwór?			
Czy jest Pan/i w trakcie leczenia chemioterapią lub radioterapią?			
Czy jest Pan/i w trakcie serii zabiegów lekarskich, kosmetycznych lub chirurgii plastycznej? Jest tak to jakich?			
Czy zażywa Pan/i leki lub produkty ziołowe światłoczułe np.: dziurawiec, nagietek?			
Czy kiedykolwiek przechodził/a Pan/i zabieg z użyciem botuliny lub kwasu hialuronowego?			
Czy w poddawanych zabiegach miejscu istnieją przeszczepy skórne, tatuaże, lub makijaż permanentny?			
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodził/a Pan/i peelings chemiczne, kwas glikolowy, retinolowy?			
Czy cierpi Pan/i na nadwrażliwość skóry lub alergię skórne?			
Czy w ciągu ostatniego roku życia zażywał/a Pan/i roaccutane(isotretinoinę)?			

6. CZY DOTYCZĄ PANA/I PONIŻSZE PRZYPADKI?

- Epilepsja
- choroby nerek
- zespół policystycznych jajników
- brak równowagi hormonalnej
- terapia hormonalna lub sterydowa
- cukrzyca
- zaburzenia hematologiczne
- bliznowce
- łuszczyca
- implanty

- sztuczne zastawki
- hirsutyzm
- bielactwo
- przebarwienia skóry
- naczyniaki
- opryszczka

7. CZY ISTNIEJE DODATKOWA INFORMACJA O STANIE PANA/I STANU ZDROWIA,
KTÓRA POWINNA BYĆ UWZGLĘDNIONA PRZED ZABIEGIEM?

.....
.....
.....

Niniejszym poświadczam prawdziwość danych.

Data i podpis klienta

.....

Klient dobrowolnie podając informacje dotyczące stanu zdrowia odpowiada za ich zgodność ze stanem faktycznym. Klient jest świadomy, że odmawiając wypełnienia kwestionariusza nie daje personelowi salonu możliwości stwierdzenia, czy zabiegi mogą być przeprowadzone przy zachowaniu bezpieczeństwa. Decyzję o przeprowadzeniu zabiegów podejmuje personel.

Przez podpisanie tego dokumentu zezwala Pan/Pani na przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/ pani osoby do celów rejestracji w bazie klientów salonu Laser Look należącego do firmy EkoSan-Instal sp. z o.o, zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych. Dane osobowe zawierające informacje dotyczące stanu zdrowia podlegają szczególnej ochronie wynikającej z Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997(Dziennik Ustaw 1977 Nr 133,poz.883 z późn. zm.). Przysługuje panu/Pani prawo do wglądu do swoich danych, oraz prawo do ich usunięcia.

.....

podpis klienta