

KARTA KLIENTA

Chcąc zapewnić moim klientkom jak najwyższą jakość usług przed każdym zabiegiem proszę o zapoznanie się i wypełnienie karty klienta, dzięki czemu nasza współpraca jest przejrzysta dla każdego.

Ta ankieta pomaga zrozumieć, czego można się spodziewać i jakie są prawa oraz obowiązki każdego klienta.

Informacje o naturalnym kolorze włosów:

jasny blond / blond / rudy / jasnobrązowy / ciemnobrązowy / siwy / czarny

Informacje o długości włosów:

krótkie (do ramion) / półdługie / długie

Informacje o zabiegu:

Celem zagęszczania i przedłużania włosów jest zmodyfikowanie fryzury klienta. Podczas jednego zabiegu można zagęścić ilość włosów, zwiększyć ich długość.

Zagęszczanie włosów polega na zwiększeniu objętości włosów w określonych obszarach lub na uzupełnieniu wyraźnie przerzedzonych miejsc. Przedłużanie włosów polega na zwiększeniu długości włosów z jednoczesnym zwiększeniem ich objętości.

Zabieg zostaje przeprowadzony metodą:

puder keratynowy – polega na połączeniu pasma włosów naturalnych z tzw. łuską, czyli pasmem z keratynowym zakończeniem - jest to metoda na ciepło. Dzięki specjalnemu preparatowi w postaci pudru zostaje połączony włos klienta z przedłużonym włosem za pomocą zgrzewarki.

WSKAZANIA DO ZABIEGU:

Zabieg przeznaczony jest dla osób, które marzą o długich i gęstych włosach, ale z różnych powodów nie mogą zapuścić własnych kosmyków. Długość naturalnych włosów powinna wynosić co najmniej 15 cm (licząc od nasady), co pozwoli na dokładne zakrycie łączeń i uzyskanie oczekiwanego efektu. Zabieg przedłużania włosów pozwala diametralnie zmienić wygląd i odzyskać pewność siebie. Jest przeznaczony wyłącznie dla osób, które nie mają przeciwwskazań do wykonania zabiegu.

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU:

- włosy bardzo zniszczone, często rozjaśniane, kruche i łamliwe
- nadmiernie wypadające włosy
- włosy narażone na częsty kontakt z chlorem czy solą morską
- zapalenie skóry, zapalenie łojotokowe, widoczne podrażnienia skóry

.....
Data i czytelny podpis klienta

ANKIETA MEDYCZNA

1. Czy jest Pani pod stałą opieką medyczną? **TAK/NIE**
Jeśli tak, proszę o wskazanie powodu:
2. Czy jest Pani w ciąży? **TAK/NIE**
3. Czy jest Pani w okresie laktacji? **TAK/NIE**
4. Czy chorowała lub choruje Pani na nowotwór? **TAK/NIE**
5. Czy choruje Pani na toczeń? **TAK/NIE**
6. Czy choruje Pani na choroby autoimmunologiczne? **TAK/NIE**
7. Czy jest Pani w trakcie leczenia chemioterapią lub radioterapią? **TAK/NIE**
8. Czy przyjmuje Pani leki antydepresyjne? **TAK/NIE**
9. Czy choruje Pani na choroby tarczycy? **TAK/NIE**
10. Czy choruje Pani na łuszczycę? **TAK/NIE**
11. Czy wykonywała Pani zabieg mezoterapii skóry głowy? **TAK/NIE**
Jeśli tak, to kiedy?
12. Czy kiedykolwiek wykonywała Pani zabieg: keratynowego prostowania włosów, botoks włosów?
TAK/NIE Jeśli tak, to kiedy?
13. Czy cierpi Pani na nadwrażliwość skóry lub alergię skórne? **TAK/NIE**
14. Czy w okresie ostatnich 2 miesięcy zauważyła Pani wypadanie włosów? **TAK/NIE**
Jeśli tak, to kiedy? Jak bardzo?
15. Czy w okresie ostatniego roku korzystała Pani z usług trychologa? **TAK/NIE**
Jeśli tak, to z jakich przyczyn?
16. Czy cierpi Pani na łysienie androgenowe? **TAK/NIE**
17. Czy cierpi Pani na łysienie plackowate? **TAK/NIE**
18. Czy w ostatnim czasie przeprowadzała Pani inwazyjne zabiegi na włosach? **TAK/NIE**
Jeśli tak, to jakie?
19. Czy aktualnie lub w ostatnim czasie miała Pani łupież skóry głowy? **TAK/NIE**
20. Czy w ostatnim czasie zauważyła Pani zaburzenia hormonalne? **TAK/NIE**
21. Czy w przeciągu ostatnich 2 tygodni farbowała Pani włosy? **TAK/NIE**
22. Czy istnieją inne informacje o stanie zdrowia, które powinny być uwzględnione przed zabiegiem?
TAK/NIE Jeśli, tak to jakie?

Jestem świadoma tego, że odmawiając wypełnienia kwestionariusza lub zawierając w nim dane niezgodne z prawdą nie daję osobie wykonującej zabieg możliwości stwierdzenia, czy może on zostać przeprowadzony przy zachowaniu wszelkich norm bezpieczeństwa.

Oświadczam, że przed zabiegiem została ze mną przeprowadzona rozmowa, w której specjalista przeprowadzający zabieg poinformował mnie o przebiegu zabiegu, jego celu oraz przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

W związku z tym oświadczam, że nie występują u mnie żadne z wymienionych czynników lub okoliczności, stanowiących przeciwwskazania do wykonania zabiegu i mam świadomość, że w przypadku ich zatajenia biorę na siebie pełną odpowiedzialność za negatywne skutki wykonanego zabiegu, w tym wystąpienia powikłań.

W przypadku podania nieprawidłowych informacji lub zatajenia prawdy, biorę na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki zabiegu i zrzekam się wszelkich roszczeń wobec osoby wykonującej zabieg.

.....

Data i czytelny podpis klienta