

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ: Όνομα Πελάτη: _____

Όνομα Σαλονιού: _____

Διεύθυνση: _____

T.K: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _____

Τηλέφωνο: _____ Κινητό: _____

Email: _____

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΤΣΕΚΑΡΕΤΕ ΟΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΙΣΧΥΟΥΝ:

- Θετική αντίδραση σε τεστ αλλεργίας (patch test)
- Εμφάνιση αντίδρασης/αλλεργίας στο παρελθόν στην ίδια ή παρόμοια υπηρεσία ομορφιάς
- Δερματικές παθήσεις όπως: Έκζεμα, Δερματίτιδα, Ψωρίαση ή πληγές/γρατζουνιές
- Κολητικές ασθένειες δέρματος (όπως Έρπης ή Ανεμοβλογιά)
- Τραυματισμένη επιδερμίδα, κοψίματα, γδαρσίματα, κάψιμο/έγκαυμα ή πρήξιμο στην περιοχή
- Μολύνσεις όπως: Έκζεμα προσώπου, οφθαλμική φλεγμονή της μεμβράνης των βλεφάρων
- Χημειοθεραπεία
- Πρόσφατες επεμβάσεις στην περιοχή γύρω από τα μάτια, το κεφάλι ή το πρόσωπο, εκδορές στην επιδερμίδα στην γύρω περιοχή
- Υπερευαίσθητο δέρμα/μάτια
- Αλωπεκία
- Τριχοτιλομανία
- Ασθένεια/διαταραχή που προκαλεί τρέμουλο, αποτομές κινήσεις ή έντονο ανοιγόκλεισμα ματιών
- Χρήση κρεμών στεροειδών/κορτιζόνης. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει πρώτα να έχετε πάρει το OK γιατρού για την εφαρμογή
- Χρήση σέρουμ ανάπτυξης
- Spray tan ή κρέμα μαυρίσματος
- Έντονη ξηροδερμία
- Εγκυμοσύνη ή θηλασμός
- Χάπια Αντισύλληψης ή HRT
- Μετά από Χημειοθεραπεία. Παρουσιάστε χαρτί με την έγκριση του γιατρού σας

- Πρόσφατο microblading ή υπηρεσία tattoo. Πριν πόσο καιρό: _____
- Botox & fillers. Πριν πόσο καιρό: _____
- Αγωγή κατά της ακμής όπως Roaccutane, doxycycline και τζελ Epiduo κτλ.
Παρακαλώ αναφέρετε: _____

- Αντιγηραντικές κρέμες με συστατικά όπως Vitamin A, Retinols, AHA και BHA.
Παρακαλώ αναφέρετε: _____

- Εφαρμογή χέννας φρυδιών. Πριν πόσο καιρό: _____

- Κάψιμο από τον ήλιο. Πριν πόσο καιρό: _____

Άλλες σχετικές πληροφορίες: _____

Είχατε κάνει στο παρελθόν βαφή βλεφαρίδων ή φρυδιών, lash lift, περμανάντ βλεφαρίδων, eyelash extensions ή ημιμόνιμη εφαρμογή μάσκαρας πρόσφατα? Yes No

Πληροφορίες: _____

ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ: Επιθυμώ και συναινώ σε αυτές τις διαδικασίες που εκτελούνται σήμερα χωρίς να υποβληθώ σε δοκιμή ευαισθησίας/αλλεργίας (patch test), ο οποίος εάν πραγματοποιηθεί μπορεί να υποδηλώσει την ευαισθησία / αλλεργία μου στα προϊόντα που θα χρησιμοποιηθούν στην υπηρεσία αυτή. Κατανοώ το περιεχόμενο αυτής της φόρμας και αναλαμβάνω πλήρως την ευθύνη για τις ενέργειές μου, απαλλάσσοντας έτσι όλα τα άλλα μέρη από τις ευθύνες τους, εάν υπάρχουν, που σχετίζονται με την προμήθεια των προϊόντων και παροχή των υπηρεσιών ομορφιάς.

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ/ΣΗΜΕΙΩΣΗΤΙΚΟΥ: _____

Έλεγχος τρίχας φρυδιών/βλεφαρίδων: _____

Έλεγχος επιδερμίδας: _____

Υπηρεσίες που θα διεξαχθούν: _____
