

ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΠΕΛΑΤΗ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο πελάτη _____

Ινστιτούτο _____ Σημειώστε : Αρέν Θήλη

Διεύθυνση: _____

Ταχ.κωδ: _____ Ημερ.Γέννησης: _____

Τηλέφωνο: _____ Mobile: _____

Email: _____

ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ, ΔΥΣΦΟΡΙΑ Ή ΤΣΟΥΞΙΜΟ:

Παρακαλείσθε να σημειώσετε ό,τι ισχύει:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Διαταραχές του δέρματος | <input type="radio"/> Φλεγμονή του δέρματος | <input type="radio"/> Οφθαλμικές παθήσεις |
| <input type="radio"/> Μολύνσεις ματιών | <input type="radio"/> Πρόσφατη χειρουργική επέμβαση ματιών | <input type="radio"/> Βλεφαρίτιδα |
| <input type="radio"/> Υγρά μάτια | <input type="radio"/> Αλλεργική ρινίτιδα | <input type="radio"/> Αλλεργίες |
| <input type="radio"/> Σύνδρομο του Μπελλ | <input type="radio"/> Προηγούμενες αντιδράσεις στις θεραπείες ματιών | <input type="radio"/> Φακοί επαφής |
| <input type="radio"/> Είστε έγκυος / θηλάζετε; | <input type="radio"/> Λαμβάνετε αντισυλληπτικό χάπι; | <input type="radio"/> Λαμβάνετε HRT? |
| <input type="radio"/> Αλλεργίες στους παράγοντες κόλλησης / κόλλες | | |

Οποιαδήποτε φάρμακα: _____

Άλλες σχετικές πληροφορίες: _____

Είχατε κάνει ποτέ πριν χρωματισμό βλεφαρίδων ή φρυδιών, Lash Lifting, Lash perming, εξτένσιον βλεφαρίδων ή ημι-μόνιμη μάσκαρα ; Ναι Όχι

Πληροφορίες: _____

ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ: Ζητώ και συμφωνώ να διεξαχθούν αυτές οι διαδικασίες σήμερα χωρίς να υποβληθώ σε δοκιμή αλλεργίας. Η δοκιμή αλλεργίας, η οποία αν διεξαχθεί μπορεί να υποδηλώσει ευαισθησία / αλλεργία μου στα προϊόντα. Κατανοώ το περιεχόμενο αυτού του εντύπου και αναλαμβάνω πλήρως την ευθύνη για τις ενέργειές μου, απαλλάσσοντας έτσι όλα τα υπόλοιπα μέλη από τις ευθύνες τους, εάν υπάρχουν, που συνδέονται με τον προμηθευτή των προϊόντων και τις υπηρεσίες

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ _____

Υπηρεσίες που εκτελέστηκαν: _____
