



КАРТА КЛИЕНТА № _____

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____

Номер телефона _____ Откуда узнали _____

Отметьте факторы, которые применимы к Вам:

- Я делаю депиляцию впервые
- Я уже делала депиляцию раньше и у меня возникли осложнения
- У меня склонность к аллергическим реакциям
- У меня сахарный диабет
- У меня эпилепсия
- Я беременна
- Принимаю препарат Роаккутан или его аналоги
- У меня розацеа

Удобный способ для связи:

- Звонок по телефону
- Смс

Пожелания:

- Предупреждать о записи за сутки
- Я хочу получать информацию о акциях

- Whats App, Viber
- Другое

Я обязуюсь предупредить мастера перед процедурой о появлении факторов, описанных выше

Подпись клиента _____

Я ознакомлен (-а) с перечнем противопоказаний для проведения депиляции, которыми являются:

- заболевания и повреждения кожи, ссадины, ожоги, дерматиты в стадии обострения, герпес в эпилируемой зоне
- патологии беременности, связанные с гипертонусом матки и другие
- варикозное расширение вен 3 и 4 стадии
- увеличенные лимфоузлы в эпилируемой зоне
- простудные заболевания

Я подтверждаю, что мне не известно о наличии у меня данных заболеваний и состояний на момент проведения процедуры.

Подпись клиента _____

Я знаю, что после процедуры необходимо:

- Воздержаться от посещения бассейна, бани, сауны, солярия, принятия солнечных ванн, а также физической активности в течение суток после процедуры;
- Не проводить механический и кислотный пилинг на участке, где проводилась депиляция в течение 5 - 7 дней после процедуры.
- Отказаться от дезодоранта на сутки при депиляции подмышечных впадин.
- Отказаться от применения кремов, лосьонов, а также косметики (при депиляции на лице)

Подпись клиента _____

Ставя свою подпись, я подтверждаю своё согласие на выполнение процедуры сертифицированным мастером _____

