

# Karta Klienta

## Dane osobowe

1 Imię / Nazwisko \_\_\_\_\_

2 Data urodzenia \_\_\_\_\_

3 Telefon komórkowy \_\_\_\_\_



## Ankieta osobowa (Niewłaściwe skreślić)

1. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Ciebie reakcja alergiczna na produkty używane do zabiegów laminacji lub henny? TAK / NIE
2. Czy posiadasz alergię na barwniki, substancje konserwujące lub inne składniki kosmetyków? TAK / NIE
3. Czy aktualnie borykasz się z infekcjami lub stanami zapalnymi w okolicach oczu (np. zapalenie spojówek, infekcje skóry, opryszczka)? TAK / NIE
4. Czy masz schorzenia dermatologiczne lub okulistyczne, które mogłyby wpłynąć na bezpieczeństwo zabiegu? TAK / NIE
5. Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią? TAK / NIE
6. Czy przyjmujesz regularnie jakiegokolwiek leki (np. antybiotyki, leki przeciwzapalne), które mogą wpływać na kondycję skóry? TAK / NIE
7. Czy w ciągu ostatnich 4-6 tygodni byłeś poddawany innym zabiegom kosmetycznym lub medycznym w okolicach oczu? TAK / NIE
8. Czy miałeś już wcześniej zabiegi laminacji lub hennowania brwi bądź rzęs? Jeśli tak, czy wystąpiły jakiegokolwiek komplikacje lub niepożądane reakcje? TAK / NIE
9. Czy Twoja skóra jest szczególnie wrażliwa lub skłonna do podrażnień po stosowaniu kosmetyków? TAK / NIE
10. Czy masz historię problemów z regeneracją skóry po zabiegach kosmetycznych? TAK / NIE

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, Data

\_\_\_\_\_  
Podpis

**Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć przed i po zabiegu laminacji/henny brwi oraz rzęs. Rozumiem, że zdjęcia te będą wykorzystywane wyłącznie do celów dokumentacyjnych, promocyjnych oraz edukacyjnych, przy zachowaniu mojej anonimowości. Zostałem/am poinformowany/a, że mam prawo w każdej chwili cofnąć tę zgodę, co nie wpłynie na jakość wykonanej usługi.**

\_\_\_\_\_  
Podpis

