

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO ZABIEGU DEPILACJI LASEROWEJ

Droży Państwo,

możliwość wykonania zabiegu oraz jego poprawny przebieg uzależniony jest od wielu czynników. Prosimy zatem o wypełnienie poniższej ankiety analizując szczegółowo każde z pytań

Imię i nazwisko:	
Adres e-mail:	
Telefon kontaktowy:	
Miasto:	
1. Czy jest Pani w ciąży lub w najbliższym czasie planuje Pani zajść w ciążę?	TAK / NIE / NIE DOTYCZY
2. Czy przyjmuje Pani hormony, jeśli tak to jakie? Jakie hormony:	TAK / NIE / NIE DOTYCZY
3. Czy przyjmuje Pani/Pan w obecnej chwili antybiotyki? Jakie antybiotyki:	TAK / NIE
4. Czy przyjmuje Pani/Pan na stałe leki, jeśli tak to jakie? Jakie leki:	TAK / NIE
5. Czy występuje u Pani / Pana opryszczka?	TAK / NIE
6. Czy ma Pani/ Pan łuszczycę lub bielactwo?	TAK / NIE
7. Czy opalała się Pani/ Pan w ciągu ostatnich 2 tygodni?	TAK / NIE
8. Czy ma Pani / Pan skłonności do przebarwień?	TAK / NIE
9. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni usuwała Pani /Pan włosy pęsetą lub woskiem?	TAK / NIE
10. Czy stosowała Pani /Pan w ostatnim czasie peelingi lub czy były przeprowadzone zabiegi złuszczające skórę? Jakie zabiegi:	TAK / NIE
11. Czy przyjmuje Pani / Pan jakiegokolwiek witaminy ew. suplementy diety? Jakie witaminy/suplementy diety:	TAK / NIE
12. Czy w ostatnim czasie piła Pani /Pan jakiegokolwiek zioła lub herbatki wyszczuplające? Jakie zioła / herbatki wyszczuplające:	TAK / NIE
13. Czy stosowała Pani / Pan w ostatnim czasie kremy z retinolem lub Vit. C? Jakie kremy:	TAK / NIE
14. Czy występują u Pani / Pana w obecnej chwili aktywne infekcje skórne bakteryjne, wirusowe, grzybicze?	TAK / NIE
15. Czy choruje Pani / Pan na cukrzycę?	TAK / NIE
16. Czy występują lub występowały u Pani / Pana jakiegokolwiek choroby neurologiczne?	TAK / NIE
17. Czy występują bądź występowały u Pani/ Pana jakiegokolwiek choroby nowotworowe?	TAK / NI

*niewłaściwe skreślić