



KARTA KLIENTA

Zabieg: Laser biostymulujący.

Dane osobowe:

Imię:	Nazwisko:	Data urodzenia:
Kod:	Miejscowość:	Ulica, numer:
Email:	Telefon:	Wiek:

Ankieta medyczna do celów zabiegu z użyciem Lasera biostymulującego Rubica*

	Tak	Nie
Czy jest Pani pod stałą opieką medyczną?		
Jeśli tak, to proszę o podanie powodu:		
Czy ostatnio przebywała Pani w szpitalu?		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy jest Pani uczulona na składniki kosmetyczne? Jeśli tak, to jakie:		
Czy zażywa Pani jakieś leki? Jeśli tak to jakie:		
Czy zażywa lub zażywała Pani retinoidy? 6 miesięcy po zakończeniu kuracji		
Czy w ostatnich 2 miesiącach przebyła Pani zabiegi chirurgiczne, dermatologiczne, operacje plastyczne		

lub ostryknięcia w obrębie twarzy i ciała?		
	Tak	Nie
Czy planuje Pani w najbliższym czasie zabiegi chirurgiczne, dermatologiczne lub operacje plastyczne?		
Czy miejscach zabiegowych posiada Pani implanty lub elementy metalowe?		
Czy posiada Pani rozrusznik serca, zastawkę serca?		
Czy choruje Pani na którąś z wymienionych chorób:		
Nowotwory do 5 lat po zakończeniu kuracji, przerwana ciągłość naskórka,		
Gorączka, stany zapalne organizmu		
Epilepsja		
Uczulenie na światło		
Czynna gruźlica płuc		
Młodzieńcza cukrzyca		
Krwawienie z przewodu pokarmowego		
Nadczynność tarczycy		

Działanie lasera:

Przyspiesza procesy gojenia i regeneracji, zniwelowanie zaczerwienień i obrzęku, zmniejsza ryzyko opryszczki (micropigmentacja), zmniejsza uczucie dyskomfortu po zabiegu, zmniejsza stany zapalne, działanie przeciwzmarszczkowe, wspomagająco przy świeżych ranach, terapii trądziku pospolitego, pomocny przy niwelowaniu stanów zapalnych towarzyszących wrastaniu paznokci i w stanach zapalnych wału paznokciowego, wspomaganie terapii stopy cukrzycowej, przeciwbólowe, zmniejsza przepuszczalność naczyń krwionośnych.

- Oświadczam, że wszystkie odpowiedzi są zgodne z prawdą!
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb firmy *Łukasz Koteluk Wizaż&Kosmetyka* zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz.U. Nr 133 poz. 883.

Uwagi:

Jestem świadoma wyboru, oświadczam, że zostałam poinformowana o wszelkich wskazaniach i przeciwwskazaniach oraz o pielęgnacji po zabiegu. Wyrażam zgodę na zabieg!

Imię i nazwisko, podpis, data

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w Karcie Klienta!

Data i podpis Kosmetyczki: