



## KARTA KLIENTA

### Zabieg: Mezoterapia bezigłowa.

Dane osobowe:

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

Ankieta medyczna do celów zabiegu z użyciem Mezoterapia bezigłowa\*

	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 ostrzyknięcia w obrębie twarzy i ciała?		
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?		
	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
Czy choruje Pani na którąś z wymienionych chorób:		
Nowotwory do 5 lat po zakończeniu kuracji?		
AIDS/HIV		
Skłonność do opryszczki (aktywna)		
Żółtaczka		
Alergie. Wypisać:		
Niewydolność krążenia:		
Nadciśnienie tętnicze:		
Zakrzepowe zapalenie żył		
Epilepsja		
Stwardnienie rozsiane		
Cukrzyca		
Choroby immunologiczne		
Nadczynność tarczycy		
Zaawansowana osteoporoza		
Reumatoidalne zapalenie stawów		
Ostre lub przewlekłe procesy infekcyjne		
Nerwica wegetatywna znacznego stopnia		
Przerwana ciągłość naskórka, gorączka, stany zapalne organizmu		
Skłonność do bliznowców, znamion, naczynek		
Trądzik różowaty, ropowiczy, krostkowy		
Zakażenia wirusowe: brodawki, mięczak zakaźny		
Zakażenia bakteryjne: liszajec zakaźny, figówka gronkowca		
Zakażenia grzybicze		
Znamiona		
Teleangiektazje, wenektazje		
Naczyniaki jamiste		
Przeczosy, nadżerki		
Przerwana ciągłość naskórka		
Gorączka, stany zapalne organizmu		
Inne choroby o nieznanym etiologii Wypisać:		

Zabieg nie może być wykonywany u osób bardzo młodych i u osób po świeżym złamaniu kości oraz wykonywany na brzuchu w okresie menstruacji!  
Oświadczam, że wszystkie odpowiedzi są zgodne z prawdą.

Miejscowość, data, podpis klienta

**Wskazania do mezoterapii bezigłowej:**

Profilaktyka przeciwzmarszczkowa, profilaktyka przeciw oznakom starzenia, likwidacja cellulitu, wygładzenie rozstępów i blizn, ujędrnienie skóry, modelowanie sylwetki, pobudzanie krążenia, wyciszanie podrażnionej skóry z cuperose, redukcja zaczerwienienia skóry.

**Przeciwwskazania do zabiegu mezoterapii bezigłowej:**

Choroby nowotworowe, ciąża i karmienie piersią, stany zapalne skóry, uszkodzenia mechaniczne skóry, przerwana ciągłość naskórka, niewydolność krążenia, gorączka, osłabienie i wyniszczenie organizmu, osteoporoza, opryszczka, epilepsja, alergia na składniki aktywne, obecność w okolicy zabiegowej ciał obcych metalicznych i implantów, elektronicznych: rozrusznik serca, aparat na zęby, endoproteza

Kuracja 6 zabiegów, 2 zabiegi w tygodniu. 20 minut na jedną okolicę zabiegową np. twarz z dekoltem, brzuch, udo z przodu, udo z tyłu, pośladki. Podczas jednego zabiegu można wykonać dwa pola zabiegowe 2x 20minut np. uda z tyłu, pośladki, uda z przodu.

- 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.

SERIA ZABIEGOWA: MEZOTERAPIA BEZIGŁOWA

DATA	ZABIEG	POTWIERDZAM ZGODNOŚĆ PRZEZE MNIE ANKIETY MEDYCZNEJ

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: