



KARTA KLIENTA

Zabieg: Mikrodermabrazja diamentowa.

Dane osobowe:

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

Ankieta medyczna do celów zabiegu z użyciem Mikrodermabrazji diamentowej*

	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 Pani retinoidy? 6 miesięcy po zakończeniu kuracji		
Czy w ostatnich 3 miesiącach przebyła Pani		

zabiegi chirurgiczne, operacje plastyczne lub ostrzyknięcia w obrębie twarzy i ciała?		
Czy planuje Pani w najbliższym czasie zabiegi chirurgiczne, dermatologiczne lub operacje plastyczne?		
	Tak	Nie
Czy cierpi Pani na zaburzenia krzepliwości krwi?		
Czy choruje Pani na którąś z wymienionych chorób?		
Nowotwory do 5 lat po zakończeniu kuracji?		
AIDS/HIV		
Opryszczka (aktywna)		
Żółtaczką		
Alergie. Wypisać:		
Cukrzyca		
Skłonność do bliznowców, znamion, naczynek		
Trądzik różowaty, ropowiczy, krostkowy		
Zakażenia wirusowe: brodawki, mięczak zakaźny		
Zakażenia bakteryjne: liszajec zakaźny, figówka gronkowca		
Zakażenia grzybicze		
Znamiona		
Teleangiektazję, wenektazje		
Naczyniaki jamiste		
Przeczosy, nadżerki		
Przerwana ciągłość naskórka		
Gorączka, stany zapalne organizmu		
Inne choroby o nieznanym etiologii Wypisać:		

Wskazania do mikrodermabrazji diamentowej

-trądzik pospolity (zaskórnikowy, grudkowy), blizny potrądzikowe, łojotok, suchość skóry, zaskórniki, prosaki, rogowacenie przymieszkowe, rozszerzone pory, blizny zanikowe i przerosty, przebarwienia, uszkodzenia postłoneczne skóry (twarz, ręce, szyja), szorstki, zrogowaciały naskórek, rozstępy, odmładzanie skóry i likwidacja delikatnych zmarszczek wokół oczu ust i szyi, wiotkość skóry, zabieg jest idealnym przygotowaniem do zabiegów laserowych: fotoodmładzania, mezoterapii, zabiegów chirurgii plastycznej oraz przebarwień.

Przeciwwskazania do stosowania metody mikrodermabrazji diamentowej:

zakażenia wirusowe (brodawki, opryszczka, mięczak zakaźny), zakażenia bakteryjne (liszajec zakaźny, figówka gronkowcowa), zakażenia grzybicze, trądzik krostkowy, ropowiczy, trądzik różowaty, skóra powiek, przeczosy, nadżerki (uszkodzenia ciągłości skóry), nowotwory skóry i znamiona, naczyniaki jamiste, terapia przeciwtrądzikowa retinoidami (wskazana co najmniej 6 miesięczna przerwa), skłonność do keloidów (bliznowców), zabiegi chirurgiczne w obrębie twarzy (wskazana co najmniej 2 miesięczna przerwa).

Nie ma przeciwwskazań w przypadku: ciąży, menstruacji, skóry opalanej, skóry płytko unaczynionej.

W razie jakiegokolwiek wątpliwości, przed przystąpieniem do zabiegu należy skontaktować się z lekarzem dermatologiem.

Przygotowanie skóry do zabiegu mikrodermabrazji :

Nie są wymagane specjalne zabiegi przygotowujące skórę do mikrodermabrazji jednak na 5 dni przed wykonaniem zabiegu należy unikać: chemicznych kremów do depilacji, elektrolizy, metody woskowania, preparatów pilingujących, 7dni przed należy nie opalać skóry, 1 miesiąc po zabiegu micropigmentacji ust, brwi nie wykonywać mikrodermabrazji.

Pielęgnacja skóry po zabiegu mikrodermabrazji :

-unikanie opalania przez 30 dni, należy chronić skórę przed działaniem promieni słonecznych stosując kremy z filtrem o faktorze min. 30 +

-unikanie kąpieli w chlorowanej wodzie (baseny) do 72 godzin po zabiegu-picie 8-12 szklanek wody mineralnej dziennie, co zwiększa uelastycznienie skóry

-w celu zniwelowania przebarwień preparaty wybielające należy aplikować 24 godziny po zabiegu mikrodermabrazji 2 razy dziennie

-systematyczna aplikacja preparatów regenerujących, odżywczych i nawilżających

- 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.

Kuracja w odstępach 7-28 dni od 2 do 15 powtórzeń

SERIA ZABIEGOWA: MICRODERMABRAZJA DIAMENTOWA

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: