



KARTA KLIENTA

Zabieg: Peeling kawitacyjny, jonoforeza, mikromasaż.

Dane osobowe:

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

Ankieta medyczna do celów zabiegu z użyciem Ultradźwięków (peeling kawitacyjny, jonoforeza, micro masaż, lifting) Biosonic BS MINI*

	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 miejscach zabiegowych posiada Pani implanty lub elementy metalowe?		
Czy posiada Pani rozrusznik serca, zastawkę serca?		
Nowotwory do 5 lat po zakończeniu kuracji, przerwana ciągłość		

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: