

KARTA KLIENTA – MASAŻ TWARZY KORUGI

Data: _____

Cel: Zebranie informacji niezbędnych do bezpiecznego i skutecznego przeprowadzenia zabiegu masażu Korugi. Prosimy o dokładne i szczere odpowiedzi. Informacje zawarte w karcie są poufne.

I. DANE OSOBOWE KLIENTA

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

II. WYWIAD ZDROWOTNY

Proszę zaznaczyć (X) przy wszystkich dolegliwościach, które Pani/Pana dotyczą.

CHOROBY I STANY OGÓLNE:

- ☐ Choroby nowotworowe (aktywne lub przebyte – kiedy? _____)
- ☐ Choroby serca / układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze)
- ☐ Zaburzenia krzepnięcia krwi / przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych
- ☐ Choroby autoimmunologiczne (np. Hashimoto, toczeń)
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Epilepsja
- ☐ Stany gorączkowe, infekcje, przeziębienie
- ☐ Ciąża lub karmienie piersią
- ☐ Inne choroby przewlekłe (jakie?): _____

STAN SKÓRY TWARZY:

- ☐ Aktywny trądzik (ropny, zapalny)
- ☐ Trądzik różowaty
- ☐ Skóra bardzo naczynkowa / tendencja do pękania naczynek
- ☐ Aktywna opryszczka
- ☐ Stany zapalne, alergie skórne, egzema w okolicy zabiegowej
- ☐ Przerwana ciągłość naskórka (rany, otarcia, świeże blizny)

ZABIEGI I INNE:

- ☐ Ekstrakcja zęba w ciągu ostatnich 4 tygodni
- ☐ Stany zapalne zębów, dziąseł lub zatok

- ☐ Zabiegi medycyny estetycznej (w ciągu ostatnich 6 miesięcy):
 - ☐ Wypełniacze (kwas hialuronowy) – kiedy i gdzie? _____
 - ☐ Toksyna botulinowa (Botoks) – kiedy i gdzie? _____
 - ☐ Nici liftingujące – kiedy? _____
 - ☐ Peelingi chemiczne / laseroterapia – kiedy? _____
- ☐ Czy nosi Pani/Pan aparat ortodontyczny? ☐ TAK ☐ NIE

III. OCZEKIWANIA WOBEC ZABIEGU

Co chciałaby Pani/Pan osiągnąć dzięki masażowi Korugi? (Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- ☐ Poprawa owalu twarzy / efekt "V-line"
- ☐ Redukcja drugiego podbródka
- ☐ Zmniejszenie opuchlizny i obrzęków
- ☐ Podniesienie policzków
- ☐ Poprawa napięcia i jędrności skóry
- ☐ Głęboki relaks i odprężenie
- ☐ Inne: _____

IV. OŚWIADCZENIE KLIENTA

1. Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są zgodne z prawdą.
2. Zostałam/em poinformowana/y o wskazaniach, przeciwwskazaniach oraz możliwych odczuciach (intensywny ucisk, lekki dyskomfort) podczas masażu Korugi.
3. Zobowiązuję się do poinformowania osoby wykonującej zabieg o każdej zmianie w moim stanie zdrowia.
4. Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie zabiegu masażu Korugi.

(Czytelny podpis klienta)