

KARTA KLIENTKI

Stylizacja rzęs

DANE SALONU
(PIECZĄTKA)

Dane klientki

Imię i nazwisko: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Data urodzenia: _____

ANKIETA PRZED ZABIEGIEM

Aby zapewnić bezpieczeństwo oraz najwyższą jakość usług,
proszę o zaznaczenie właściwych odpowiedzi.
Stan zdrowia

Czy w ciągu ostatnich 7 dni:

- ☐ występowała gorączka, infekcja lub choroba zakaźna?
- ☐ występowało silne osłabienie organizmu?
- ☐ przyjmowane były antybiotyki?

Oczy i okolice oczu

Czy:

- ☐ nosisz soczewki kontaktowe?
- ☐ masz wrażliwe lub łzawiące oczy?
- ☐ występuje zespół suchego oka?
- ☐ występują alergie oczu?
- ☐ chorujesz na jaskrę?
- ☐ miałaś zapalenie spojówek lub brzegów powiek?
- ☐ obecnie występuje jęczmień lub gradówka?
- ☐ występuje nużeniec (demodekoza)?
- ☐ występuje opryszczka w okolicy oka?

PREFERENCJE KLIENTKI

Preferowany efekt:

- ☐ Naturalny ☐ Kim
- ☐ Mokry efekt ☐ Wispy
- ☐ Mega Volume
- ☐ Nie wiem – liczę na rekomendację stylistki

Preferowana długość:

- ☐ Krótka ☐ Średnia ☐ Długa

Preferowany skręt:

- ☐ CC ☐ LC ☐ Nie wiem

CHOROBY I PRZECIWSKAZANIA

Czy chorujesz na:

- ☐ cukrzycę
- ☐ astmę
- ☐ epilepsję
- ☐ choroby hormonalne
- ☐ trichotillomanię
- ☐ chorobę nowotworową lub jesteś w trakcie leczenia onkologicznego

Inne choroby lub przeciwwskazania:

HISTORIA STYLIZACJI

Czy miałaś wcześniej przedłużane rzęsy?

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli tak:

Czy byłaś zadowolona z efektu?

- ☐ Tak ☐ Nie

Co najbardziej podobało Ci się w poprzedniej stylizacji?

Co chciałabyś zmienić?

ZABIEGI W OBRĘBIE OKA

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywano:

- ☐ zabieg chirurgiczny oka
- ☐ makijaż permanentny
- ☐ laseroterapię
- ☐ inne zabiegi w okolicy oka

Jeśli tak, jakie?



ZALECENIA PO ZABIEGU

Dla trwałości stylizacji zaleca się:

- codzienne mycie rzęs dedykowaną pianką,
- unikanie pocierania oczu,
- nieużywanie tłustych produktów w okolicy oczu,
- regularne rozczesywanie rzęs,
- niewyrywanie samodzielnie przedłużonych rzęs,
- wykonywanie uzupełnień co około 3–4 tygodnie.

Potwierdzam, że zapoznałam się z zaleceniami pielęgnacyjnymi.

Data: _____

Podpis klientki

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłam żadnych informacji mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo zabiegu.

Wyrażam zgodę na wykonanie usługi stylizacji rzęs oraz potwierdzam, że zostałam poinformowana o możliwych reakcjach indywidualnych organizmu, takich jak podrażnienie, reakcja alergiczna lub dyskomfort.

Data: _____

Podpis klientki

ZGODY MARKETINGOWE

Chcę otrzymywać informacje o promocjach, nowościach i wydarzeniach:

☐ Tak ☐ Nie

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w materiałach promocyjnych salonu:

☐ Tak ☐ Nie

Data: _____

Podpis klientki

KARTA STYLISTKI

DATA WIZYTY	APLIKACJA	DŁUGOŚĆ	SKRĘT	GRUBOŚĆ	UWAGI

