Karta informacyjna Klienta

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………

Data Urodzenia ……………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy…………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………

E-mail……………………………………………………………………………………………………

Informacje medyczne stanowiące przeciwwskazanie do wykonania zabiegu FAL RADIOWYCH ( RF ,RADIO FREQUENCY)

* Ciążą Tak Nie
* Stosowanie na brzuch w czasie miesiączki Tak Nie
* Nowotwór skóry i stany po ich leczeniu promieniami jonizującym ( naświetlanie) Tak Nie
* Stany zapalne żył Tak Nie
* Metalowe elementy w ciele Tak Nie
* Rozrusznik serca Tak Nie
* Skłonności do krwawień z przewodu pokarmowego (choroby wrzodowe) Tak Nie
* Widoczne duże żylaki ( jeśli nie jest dużo to można ominąć) Tak Nie
* Obrzęki Tak Nie
* Ropnie zapalenia, zadrapania, skaleczenia naskórka Tak Nie
* Niewydolność krążenia Tak Nie
* Złote nici (dopiero po okresie dwóch lat od zabiegu) Tak Nie
* Wysokie nadciśnienie (skrajne przypadki) Tak Nie
* Przebyte nowotwory zawsze po konsultacji lekarskiej Tak Nie

Do 3 tygodni po skończeniu serii zabiegów wyklucza się zabiegi;:

* SPM Digital
* Endremologia
* Głębokie złuszczanie
* Kuracja Kwasami
* Trwałe wypełnianie
* Elektrostymulacje

Oświadczenie klienta: Ja niżej pdpisany(a) oświadczam, że wszystkie informacje medyczne podane w tej karcie są zgodne z prawdą,. Jednocześnie wyrażam zgodę za wykonanie zabiegu zabiegów Fal Radiowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie dla potrzeb Studia Fryzur i Kosmetyki Image zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz 926 z póź. Zm.)

Data zabiegu i podpis