

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO ZABIEGU NAQUA SMART PEEL

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA:

DATA:

NUMER TELEFONU:

1.CZY JEST PANI W CIĄŻY?

- ☐ TAK
☐ NIE

2.CZY PLANUJE PANI W NAJBLIŻSZYM CZASIE CIĄŻĘ?

- ☐ TAK
☐ NIE

3.CZY BYŁA PANI W CIĄŻY ?

- ☐ TAK (PODAJ ILOŚĆ PRZEBYTYCH CIĄŻ)
☐ NIE

4.CZY KARMI PANI PIERSIĄ?

- ☐ TAK
☐ NIE

5.CZY USUWAŁA PANI/PAN OWŁOSIENIE (MASZYNKĄ, WOSKIEM, DEPILOTOREM) W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI W MIEJSCU PODDAWANEMU ZABIEGOWI?

- ☐ TAK
☐ NIE

6.CZY BYŁY U PANI/PANA WYKONYWANE W MIEJSCU ZABIEGU PEELINGI CHEMICZNE W CIĄGU OSTATNICH 2 TYGODNI?

- ☐ TAK
☐ NIE

7.CZY BYŁY U PANI/PANA WYKONYWANE ZABIEGI Z ZAKRESU MEDYCyny ESTETYCZNEJ (MEZOTERAPIA IGŁOWA/MIKROIGŁOWA, BOTOX, STYMULATORY TKANKOWE, WYPEŁNIACZE, LASER FRAKCYJNY)?

- ☐ TAK (JAKIE? KIEDY?)
☐ NIE

8.CZY BYŁY WYKONYWANE U PANI/PANA ZABIEGI/OPERACJE CHIRURGICZNE W CIĄGU OSTATNICH 3 MIESIĘCY?

- ☐ TAK (JAKIE? KIEDY?)
☐ NIE

9.CZY LECZYŁA/LECZY SIĘ PANI/PAN HORMONALNIE (RÓWNIEŻ ANTYKONCEPCJA HORMONALNA)?

- ☐ TAK (JAK?)
☐ NIE
-

10. CZY STOSUJE PANI/PAN SUPLEMENTACJĘ ?

- ☐ TAK (JAKĄ?)
☐ NIE

11. CZY PRZYJMUJE PANI/PAN NA STAŁE JAKIEŚ LEKI?

- ☐ TAK (JAKIE?)
☐ NIE

12. CZY PRZECHODZIŁA PANI/PAN KURACJĘ IZOTRETOINĄ?

- ☐ TAK
☐ NIE

13. CZY WYSTĘPUJĄ/WYSTĘPOWAŁY U PANI/PANA PONIŻSZE DOŁĘGLIWOŚCI?
(OBFITE KRWĄWIENIA, ZASŁABNIĘCIA, OPARYSZCZKA, ŚWIĄD SKÓRY, POKRZYWKA, HIRSUTYZM,
NERWICA, DEPRESJA, ANEMIA)

- ☐ TAK (JAKIE?)
☐ NIE

14. CZY CHORUJE PAN/PANI PRZEWLEKLE (EPILEPSJA, CHOROBY SERCA, CHOROBY NEREK, ZESPÓŁ
POLICYSTYCZNYCH JAJNIKÓW, CUKRZYCA, INNE..)?

- ☐ TAK (JAKIE?)
☐ NIE

15. CZY WYSTĘPUJE U PANI/PANA PRZEWLEKŁA CHOROBA SKÓRY?
(ŁUSZCZYCA, ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY, ŁOJOTOKOWE ZAPALENIE SKÓRY, TRĄDZIK, INNE...)

- ☐ TAK (JAKIE?)
☐ NIE

16. CZY WYSTĘPUJE U PANI/PANA SKŁONNOŚĆ DO BLIZNOWCÓW, NACZYNIAKI, BIELACTWO,
PRZEBARWIENIA SKÓRY?

- ☐ TAK (JAKIE?)
☐ NIE

17. CZY W MIEJSCU WYKONYWANEGO ZABIEGU W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI UŻYWAŁA PANI/PAN
PONIŻSZYCH PREPARATÓW ?

- (RETINOL, POCHODNE RETINOLU, SAMOOPALACZ, KWASY AHA, BHA, PHA)
☐ TAK (JAKICH?)
☐ NIE

18. CZY PALI PANI/PAN PAPIEROSY?

- ☐ TAK
☐ NIE

19. CZY JEST PANI/PAN NA COŚ UCZULONA ?

- ☐ TAK (NA CO?)
☐ NIE

20. CZY KIEDYKOLWIEK PO JAKIMŚ ZABIEGU KOSMETYCZNYM/MEDYCZNYM LUB PO NAŁOŻENIU
KOSMETYKU WYSTĄPIŁY REAKCJE NIEPOŻADANE?

- ☐ TAK (JAKIE? W JAKIEJ SYTUACJI?)
☐ NIE

21. CZY OPALAŁA SIĘ PANI/PAN (NA SOLARIUM, NA SŁOŃCU) W CIĄGU OSTATNICH 2 TYGODNI ?

- ☐ TAK
☐ NIE

22. CZY PLANUJE PANI W NAJBLIŻSZYM CZASIE WAKACJE W MIEJSCU O DUŻYM NASŁONECZNIENIU?

- ☐ TAK
☐ NIE

23. CZY W CIĄGU DNIA DUŻO CZASU JEST PANI/PAN NARAŻONA NA EKSPOZYCJĘ SŁONECZNĄ?

- ☐ TAK (ILE CZASU?)
☐ NIE
-

24.CZY STOSUJE PANI/PAN FOTOPROTEKCJĘ (KREM Z SPF)?

☐ TAK (JAKIE? JAK CZĘSTO APLIKOWANE?)

☐ NIE

25.CZY W CIĄGU DNIA DUŻO CZASU PRZEBYWA PANI/PAN W POMIESZCZENIACH KLIMATYZOWANYCH?

☐ TAK

☐ NIE

26.CZY POSIADA PANI/PAN PROTEZY/IMPLANTY/ROZRUSZNIK SERCA/WKŁADKĘ DOMACICZNĄ ?

☐ TAK (JAKIE?)

☐ NIE

27.CZY W CIĄGU OSTATNICH 3 MIESIĘCY PRZESZŁA PANI/PAN CHOROBY BAKTERYJNE, WIRUSOWE, GRZYBICZE, COVID?

☐ TAK (JAKIE?)

☐ NIE

28.CZY KIEDYKOLWIEK LECZYŁA SIĘ PANI/PAN ONKOLOGICZNIE (RADIOTERAPIA, CHEMIOTERAPIA, HORMONOTERAPIA) ?

☐ TAK (JAK?)

☐ NIE

POTWIERDZAM, ŻE PODANE PRZEZE MNIE INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.
OSOBA WYKONUJĄCA ZABIEG NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA POWIKŁANIA PO ZABIEGU
WYNIKAJĄCE Z ZATAJENIA INFORMACJI O KTÓRE PYTA W DOKUMENCIE, W PRZYPADKU ZATAJENIA
TYCH INFORMACJI TO KLIENT BIERZE NA SIEBIE ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA ZABIEG

.....
(DATA I PODPIS KLIENTA)
