

Informacje ogólne - ankieta

1. Czy korzystała Pani wcześniej z zabiegów Head Spa?

- Tak
- Nie

2. Czy jest Pani w ciąży?

- Tak
- Nie

3. Czy przyjmuje Pani obecnie leki, które mogą mieć wpływ na skórę lub krążenie (np. leki przeciwzakrzepowe, sterydy)?

- Tak
- Nie

Jeśli tak, jakie?

.....

.....

.....

4. Czy występują u Pani alergie (np. na kosmetyki, olejki eteryczne)?

- Tak
- Nie

Jeśli tak, jakie?

.....

.....

.....

5. Stan zdrowia - przeciwwskazania do zabiegu

(Proszę zaznaczyć, jeśli którykolwiek punkt dotyczy Pani obecnie lub w ostatnim czasie)

- otwarte rany, skaleczenia, oparzenia na skórze głowy
- stany zapalne lub infekcje skóry głowy (np. grzybicze, bakteryjne)
- choroby skóry głowy (łuszczyca, AZS, ŁZS) w fazie zaostrzenia
- świeże zabiegi chirurgiczne w obrębie głowy, szyi lub twarzy
- silne wypadanie włosów o nieustalonej przyczynie
- nadwrażliwość skóry głowy, ból przy dotyku

- aktywne choroby zakaźne, gorączka, infekcja ogólna
- choroby nowotworowe w trakcie leczenia
- nadciśnienie tętnicze nieuregulowane
- zakrzepica lub choroby układu krążenia (w fazie ostrej)

Zdrowie psychiczne (dla bezpieczeństwa i komfortu zabiegu):

- zaburzenia psychiczne w fazie ostrej (np.epizod depresyjny z nasilonymi objawami, stany psychotyczne, epizod maniakalny)
- silne zaburzenia lękowe / napady paniki nasilające się przy dotyku lub bodźcach sensorycznych

Inne istotne informacje dotyczące stanu zdrowia

lub samopoczucia:

.....  
.....  
.....

Zgody i oświadczenia

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą. Zostałam poinformowana o charakterze zabiegu Head Spa oraz o możliwych przeciwwskazaniach. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku wystąpienia przeciwwskazań zabieg może zostać odroczony lub odmówiony dla mojego bezpieczeństwa.

Data i podpis klientki:

.....  
.....

Uwaga organizacyjna (do regulaminu gabinetu):

Gabinet zastrzega sobie prawo do odmowy wykonania zabiegu w przypadku wystąpienia przeciwwskazań zdrowotnych mogących zagrażać bezpieczeństwu klientki.