

KARTA KONSULTACYJNA

Masaż Świecą

MIEJSCE
NA TWOJE LOGO

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

IMIĘ I NAZWISKO:

TELEFON KONTAKTOWY:

E-MAIL:

MIEJSCOWOŚĆ:

DATA URODZENIA:

PRZEDZIAŁ WIEKOWY: < 20 20-30 30-40 40-50 50-60 60 >

1. Proszę zaznaczyć informacje o stanie zdrowia, które Pani/Pana dotyczą.

choroba nowotworowa stany zapalne nadciśnienie miażdżyca zakrzepica
tętniaki choroba zakaźna choroba krwi zmiany dermatologiczne osteoporoza
dyskopatia stwardnienie rozsiane (SM) cukrzyca żylaki leczenie dermatologiczne

Inne dolegliwości: Brak przeciwwskazań do zabiegu ☐

Operacje i zabiegi w ciągu 12 miesięcy:

Czy posiada Pan/i implanty (w tym zębowe)? ☐ TAK ☐ NIE

Uczulenia/Alergie (jeżeli występują proszę wypisać):

Czy depilował/a się Pan/i w ciągu ostatnich 48 godzin? ☐ TAK ☐ NIE

Dotyczy kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak, który miesiąc?

Czy jest Pani w trakcie menstruacji? Jeśli tak, który dzień?

Czy karmi Pani piersią?

2. Proszę zaznaczyć X, jakie dolegliwości w obrębie ciała i cery u Pani/Pana występują:

Bóle kręgosłupa		Bóle stawów		Cienie pod oczami	
Bóle mięśni		Stany zwyrodnieniowe		Opuchnięcia pod oczami	
Cellulit		Nawracające zapalenie oskrzeli		Cera przetłuszczająca	
Sucha skóra		Naczynka		Cera sucha	
Suche dłonie/stopy		Zmarszczki		Łamliwe paznokcie	

3. Proszę podkreślić których produktów używa Pan/i do pielęgnacji:

Mleczko Tonik Płyn micelarny Żel do mycia twarzy Krem na dzień Krem na noc
Krem pod oczy Peeling do twarzy Serum na dzień Serum na noc Balsam do ciała
Peeling do ciała Naturalne olejki Masło Shea Krem do rąk Krem do stóp

.....
Data i podpis gościa