

KARTA KONSULTACYJNA

Masaż Kobido

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 zmiany dermatologiczne 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 miał/a Pan/i w ostatnich dwóch tygodniach wykonywane kwasy lub mezoterapię mikroigłową lub igłową?

Czy miał/a Pan/i wstrzykiwany botoks? Jeśli tak, kiedy dokładnie?

Czy miał/a Pan/i wstrzykiwany kwas hialuronowy? Jeśli tak, kiedy dokładnie?

Czy ma Pan/i NICI PDO? Jeśli tak, jakie- na haki czy rozpuszczalne?

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

Bóle głowy	
Stres	
Wiotka skóra	
Sucha skóra	
Opadające kąciuki ust	

Wrażliwa cera	
Naczynka	
Trądzik	
Bruzda nosowo-wargowa	
Kurze łapki	

Cienie pod oczami	
Opuchnięcia pod oczami	
Zmarszczki podłużne czoła	
Bóle karku i szyi	
Opadające powieki	

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 Naturalne olejki

.....
Data i podpis gościa