



KUNDKONSULTATION / HÄLSODEKLARATION elleebana

PERSONUPPGIFTER: Kund: _____

Salong: _____ Kryssa i: Man Kvinna

Adress: _____

Postnr: _____ Födelsedata: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Epost: _____

TIDIGARE OBEHAG, SVEDA ELLER ANDRA REAKTIONER: Kryssa i det som passar in:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Hudproblem | <input type="radio"/> Hudinflammation | <input type="radio"/> Ögonsjukdom |
| <input type="radio"/> Ögoninfektion | <input type="radio"/> Ögonoperation (Nyligen) | <input type="radio"/> Blepharit |
| <input type="radio"/> Rinnande ögon | <input type="radio"/> Hösnuva | <input type="radio"/> Allergier |
| <input type="radio"/> Bell's Palsy | <input type="radio"/> Tidigare reaktioner på behandlinar | <input type="radio"/> Kontaktlinser |
| <input type="radio"/> Allergi mot Latex, pads eller tejp | <input type="radio"/> Limallergi | <input type="radio"/> Allergisk mot Aceton |
| <input type="radio"/> Är du gravid/ammande? | <input type="radio"/> Äter du preventivmedel | <input type="radio"/> Tar du blodförtunnande medicin |

Övriga mediciner?: _____

Annan relevant information: _____

Har du tidigare fått Brynfärgning, Lash Lift, Franspermanent, Ögonfransförlängning eller semi-permanent mascara utfört?

Ja Nej

Information: _____

AVTAL: Jag begär och samtycker till att denna behandlingen genomförs idag utan att först genomgå ett pricktest/känslighetstest, som om det genomförs kan indikera min känslighet / allergi mot produkterna. Jag förstår innehållet i denna blankett och tar fullt ansvar för mina handlingar, så att alla andra parter blir befriade från deras ansvar om det skulle uppkomma en reaktion som hör samman med utförandet av tjänsten.

Signatur: _____ Datum: _____

BEHANDLARENS ANTECKNINGAR: _____

SPOLE:

LIM:

TIDER:

FÄRG:

LASHDOSE:

ELLEEPLEX:

ELLEEVATE:

ÖVRIGT: