GÜZELLİK MERKEZİ

A4 · SİYAH-BEYAZ · ÖRNEK

EPİLASYON VE SEANS TAKİP FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı		**Kayıt / Dosya No**	
Doğum Tarihi		**Başvuru Tarihi**	
Telefon		**Yaş**	
E-posta		**İrtibat**	

UYGULAMA YAPILACAK BÖLGELER

☐ Yüz	☐ Koltuk altı	☐ Göğüs	☐ Bacak
☐ Bıyık	☐ Kol	☐ Karın	☐ Alt bacak
☐ Çene	☐ Ön kol	☐ Bel	☐ Üst bacak
☐ Ense	☐ El üstü	☐ Bikini bölgesi	☐ Kalça
☐ Boyun	☐ Sırt	☐ Genital bölge	☐ Diğer

CİLT VE KIL YAPISI DEĞERLENDİRMESİ

Cilt tipi:	☐ Normal	☐ Kuru	☐ Yağlı	☐ Karma	☐ Hassas
Cilt tonu:	☐ Açık	☐ Buğday	☐ Esmer	☐ Koyu	
Kıl yapısı:	☐ İnce	☐ Orta	☐ Kalın	☐ Karma	
Kıl rengi:	☐ Açık	☐ Kumral	☐ Koyu	☐ Diğer	

SAĞLIK BİLGİLERİ

Kronik rahatsızlığınız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Cilt ile ilgili bir sorununuz var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Hormon tedavisi görüyor musunuz?	☐ Evet	☐ Hayır
Cildinizde aktif yara / enfeksiyon var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
Hamilelik / emzirme durumu var mı?	☐ Evet	☐ Hayır

ALERJİ VE İLAÇ KULLANIMI

Bilinen alerjiniz var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	**Not:**
Düzenli kullandığınız ilaç var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	**Not:**
Son 6 ayda cilt tedavisi / ilaç kullanımı oldu mu?	☐ Evet	☐ Hayır	**Not:**

SEANS TAKİP ÇİZELGESİ

Seans	Tarih	Uygulama bölgesi	Cihaz / ayar	Sonraki randevu
1				
2				
3				
4				
5				

İŞLEM NOTLARI

Danışan imzası: **Uygulayıcı imzası:** **Tarih:**

ÖRNEK FORM: Baskı düzeni amaçlıdır. Aydınlatma / onam metinlerinin yerine geçmez.