

Formularz wywiadu z Klientem

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Tryb życia, aktywność fizyczna
4. Wykonywana praca
5. Ogólny stan zdrowia
6. Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak to, na co i w jaki sposób:
7. Czy odczuwa Pan(i) jakieś dolegliwości TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak to, jakie:
8. Czy zażywał Pan(i) leki w ostatnich 3 dniach przed zabiegiem
TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak to, jakie:
9. Czy zażywa Pan(i) leki przeciwbólowe bądź teki powstrzymując migrenę)
TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to jakie, ile i od kiedy:

10. Czy zażywa Pan(i) środki nasenne, uspokajające

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to jakie, ile i od kiedy:

11. Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to, na co

Jakie występują objawy:

Czy stosował(a) Pan(i) adrenalinę po wystąpieniu uczulenia

TAK ☐ NIE ☐

12. Próba uczuleniowa (jeśli to wskazane)

13. Czy pali Pan(i)

TAK ☐ NIE ☐

14. Czy zażywa Pani narkotyki bądź inne podobne substancje

TAK ☐ NIE ☐

15. Czy ma Pan(i) skłonność do blizn

TAK ☐ NIE ☐

16. Czy ma Pan(i) problem z gojeniem ran

TAK ☐ NIE ☐

17. Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 3 dni

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

18. Czy mierzy Pan(i) ciśnienie

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to ile wynosił ostatni pomiar i kiedy nastąpił

19. Czy zażywa Pan(i) suplementy

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to jakie, jak często i kiedy ostatnio

20. Czy stosuje Pan(i) leki przeciwzakrzepowe TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to jakie, jak często i kiedy ostatnio
21. Czy stosuje Pan(i) zioła TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to jakie, jak często i kiedy ostatnio
22. Czy posiada Pan(i) zmiany skórne w miejscu zabiegu TAK ☐ NIE ☐
23. Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień TAK ☐ NIE ☐
24. Czy zdarzało się Pan(i) stracić przytomność TAK ☐ NIE ☐

25. Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób

choroby nowotworowe	TAK ☐ NIE ☐
choroby zakaźne	TAK ☐ NIE ☐
choroby serca	TAK ☐ NIE ☐
cukrzyca	TAK ☐ NIE ☐
choroby krwi i układu krzepnięcia	TAK ☐ NIE ☐
choroby układu krążenia	TAK ☐ NIE ☐

choroby naczyń krwionośnych	TAK ☐ NIE ☐
choroby nerwicowe	TAK ☐ NIE ☐
choroby skóry	TAK ☐ NIE ☐
opryszczka	TAK ☐ NIE ☐
choroby układu nerwowego	TAK ☐ NIE ☐
choroby związane z tarczycą	TAK ☐ NIE ☐
zaburzenia hormonalne	TAK ☐ NIE ☐
choroby trzustki	TAK ☐ NIE ☐
choroby wątroby	TAK ☐ NIE ☐
zaburzenia cholesterolu	TAK ☐ NIE ☐
zmiany nastroju	TAK ☐ NIE ☐
choroba reumatyczna	TAK ☐ NIE ☐
osteoporoza	TAK ☐ NIE ☐
inne	TAK ☐ NIE ☐

Dokładny opis przebytych i aktualnych chorób, czas leczenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

26. Czy ma Pan(i) rozrusznik serca, metalowe implanty

TAK ☐ NIE ☐

27. Czy ma Pan(i) założony obecnie aparat ortodontyczny (lub retencyjny)

TAK ☐ NIE ☐

28. Czy w okolicy zabiegowej używał(a) Pan(i) w ostatnich dniach jakiś kosmetyków

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, jakie i kiedy:

29. Czy w okolicy zabiegowej były wykonywane w ostatnich 14 dniach zabiegi

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, jakie i kiedy:

30. Czy miał(a) Pan(i) wykonywany kiedykolwiek ten sam zabieg

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, kiedy i jakie były Pana(i) odczucia i efekty:

.....

.....

31. Czy używa Pan(i) kremów z filtrem

TAK ☐ NIE ☐

32. Czy używa Pan(i) samoopalaczy TAK ☐ NIE ☐

33. Czy opala się Pan(i) na słońcu TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, jak często i kiedy ostatnio:

34. Czy w ciągu ostatniego roku był(a) Pan(i) w szpitalu TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, z jakiego powodu i kiedy:

35. Czy w ciągu ostatniego roku odbył(a) Pan(i) operację TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, z jakiego powodu i kiedy:

36. Data ostatniej miesiączki (jeśli dotyczy) ____/____/____

37. Czy jest Pani w ciąży TAK ☐ NIE ☐

38. Czy karmi Pani piersią TAK ☐ NIE ☐

39. Czy stosuje Pani antykoncepcję doustną TAK ☐ NIE ☐

40. Nad czym chciałbym (chciałabym) pracować decydując się na zabieg:

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

41. Moje oczekiwania względem zabiegu to:

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

42. Dodatkowe pytania kosmetologa:

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

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

43. Dodatkowe uwagi:

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

44. Oświadczenie

Oświadczam, że udzieliłem(am) prawdziwych i rzetelnych informacji udzielając odpowiedzi na pytania zadane powyżej.

Mam świadomość, że podanie nieprawdziwych informacji lub ich zatajenie, może spowodować powstanie szkody, narażająccej mnie na uszczerbek na zdrowiu bądź nie doprowadzi mnie do oczekiwanych efektów.

czytelny podpis