

ИНСТРУКЦИЯ К ПЕЧАТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КАРТЫ КЛИЕНТА

Чтобы получить правильный и рабочий вариант индивидуальной карты клиента, есть 2 варианта печати, в зависимости от размера бумаги, которая у вас есть (формат А4/ формат А5)

1-ЫЙ ВАРИАНТ: А4

После того, как вы скачали файл, запустите его печать со следующими настройками:

Ориентация листа: альбомная

Размер бумаги: А4

Страниц на листе: 2

Масштаб (%): от 100 до 120

Печать страниц: 2-17

После печати вам необходимо разрезать лист пополам и разместить друг за другом в правильном порядке.

Затем вы можете скрепить листы дыроколом или скрепкой.

2-ЫЙ ВАРИАНТ: А5

После того, как вы скачали файл, запустите его печать со следующими настройками:

Ориентация листа: альбомная

Размер бумаги: А5

Страниц на листе: 1

Масштаб (%): фактический или 100%

Печать страниц: 2-17

После печати необходимо разместить листы друг за другом в правильном порядке. В данном случае резать ничего не нужно (в отличие от 1-ого варианта).

Затем вы можете скрепить листы дыроколом или скрепкой.



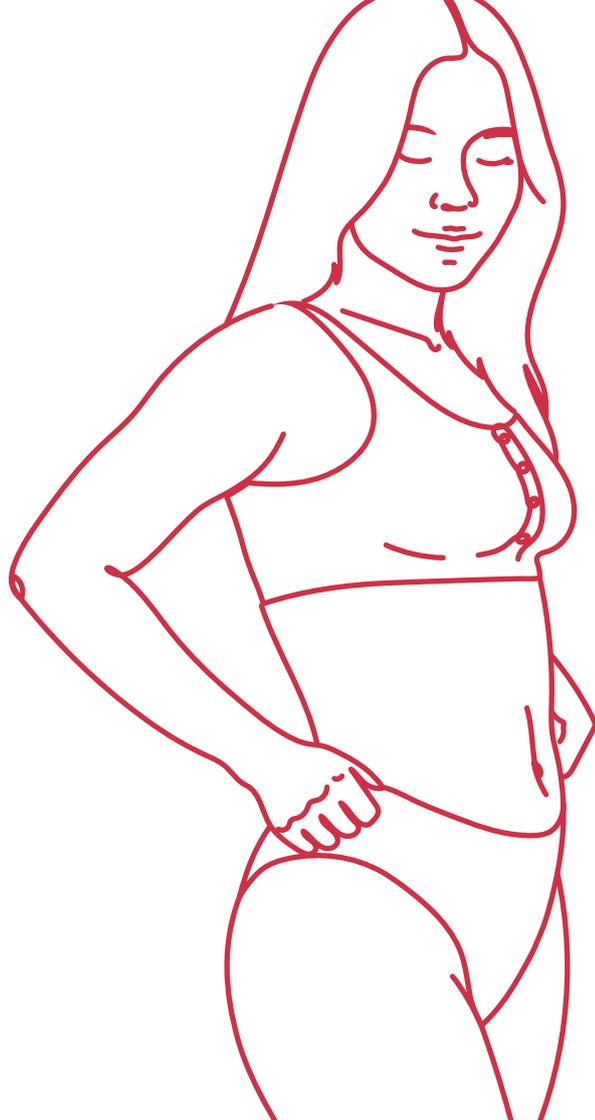
НАУЧНЫЙ ПОДХОД К КРАСОТЕ

Индивидуальная карта клиента

программ коррекции фигуры

№ карты _____

Ф.И.О. _____



Дата рождения « ____ » _____ возраст _____

Телефон _____ E-mail _____

Профессия _____



Что Вас привело к косметологу? Основные жалобы: _____

Что Вы ожидаете от процедур в кабинете косметолога?

Какой эффект будет для Вас идеальным? _____



Дата осмотра « » _____ г.

Температура тела _____ Артериальное давление _____

Заболевания/состояния (отметить «галочкой»):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Заболевания почек | <input type="checkbox"/> Сахарный диабет |
| <input type="checkbox"/> Заболевания печени | <input type="checkbox"/> Бронхиальная астма |
| <input type="checkbox"/> Заболевания сердечно-сосудистой системы | <input type="checkbox"/> Эпилепсия |
| <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы | <input type="checkbox"/> ВИЧ |
| <input type="checkbox"/> Онкопатология: с какого года? _____ | <input type="checkbox"/> Гепатит |
| <input type="checkbox"/> Беременность/лактация | <input type="checkbox"/> Клаустрофобия |
| <input type="checkbox"/> Повышенная чувствительность, сухость, стянутость кожи | |
| <input type="checkbox"/> Аутоимунное заболевание (если да, указать какое) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Кожные заболевания (псориаз, экзема, дерматит, акне, розацеа, герпес, склеродермия и др.) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Другие заболевания и состояния, укажите какие _____ | |
| <input type="checkbox"/> Прием фарм. препаратов за последние 6 мес. (антибиотики/системные ретиноиды и др.) _____ | |

Принимаете ли сейчас какие-либо лекарственные препараты

- Да, какие _____ Нет

Какие процедуры для тела проводились и когда: _____

Перенесенные заболевания, операции: _____



Аллергические реакции: _____

Непереносимость лекарств и косметики: _____

Противопоказания к аппаратным методикам:

- Кардиостимулятор Металлические импланты
- Непереносимость физического фактора (какого?) _____
- Другое: _____

ФИО клиента _____ Подпись _____

ФИО косметолога _____ Подпись _____



Пищевой рацион _____

Упражнения _____

Используемые средства _____

Рост _____ см Масса тела _____ кг ИМТ _____ Соматотип _____

Мышечный тонус _____

бедро _____ живот _____ ягодицы _____

Жировая складка (живот) _____

Целлюлит

бедро _____ живот _____ ягодицы _____

Объем (см)

грудь _____

талия _____

бедро _____

бицепс левый _____ правый _____

бедро левое _____ правое _____



РЕКОМЕНДУЕМЫЙ КУРС ПРОЦЕДУР

Дата назначения

Очищение/эксфолиация

Количество/
периодичность

Комментарий

Аппаратная косметология

Количество/
периодичность

Комментарий

Массаж

Количество/
периодичность

Комментарий

Прочие процедуры

Количество/
периодичность

Комментарий

Дата назначения

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ КУРС ПРОЦЕДУР



Очищение/эксфолиация

Количество/
периодичность

Комментарий

Аппаратная косметология

Количество/
периодичность

Комментарий

Массаж

Количество/
периодичность

Комментарий

Прочие процедуры

Количество/
периодичность

Комментарий



ОТМЕТКИ О ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРОЦЕДУРАХ

Дата визита

Процедура

Комментарий

ОТМЕТКИ О ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРОЦЕДУРАХ



Дата визита

Процедура

Комментарий



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДОМАШНЕМУ УХОДУ

Дата назначения

Средства

Периодичность

Способ применения

Добровольное согласие на обработку и хранение персональных данных



Я, _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

когда, кем выдан _____

Даю согласие на обработку моих персональных данных: **да / нет**

Цель обработки персональных данных:

- обработка персональных данных ведется в медико-профилактических целях (приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255)
- с дополнительного согласия — для информирования субъекта о проходящих у оператора новинках, скидках, акциях: согласен / не согласен

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- паспортные данные
- e-mail
- профессия
- данные осмотра, обследования
- телефон
- фото/видеофиксация «до/после»

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, уничтожение. Передача моих персональных данных иным лицам или разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Подпись _____ Расшифровка подписи _____

Дата « » _____ г.



Информированное добровольное согласие на косметические процедуры для лица и тела

Я, _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

когда, кем выдан _____

Даю информированное добровольное согласие на все виды косметических процедур для лица и тела/услуг, рекомендованных и согласованных со специалистом, внесенных в данную индивидуальную карту клиента

В _____ (наименование организации, оказывающей услуги)

Сотрудником _____ (должность, ФИО сотрудника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели и методы выполняемых процедур/услуг, связанный с ними риск, возможные их последствия, в том числе вероятность развития нежелательных явлений, а также предполагаемые результаты оказания услуг. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенных видов услуг или потребовать их прекращения. Подтверждаю достоверность предоставленной мной информации о состоянии здоровья специалисту и возможность задать все интересующие меня вопросы

_____ (ФИО пациента) _____ Подпись

_____ (ФИО сотрудника) _____ Подпись

Дата « » _____ г.



Официальный
сайт АЮНА



Профессиональная
косметика Mesomatrix



Сообщество
ВКонтакте

Бесплатная линия поддержки: 8 800 555-56-04