

Proposta de ficha para os tratamentos Epilar
(rosto)

Nome:

Morada:

Data de nascimento:

Telefone (casa):

Telefone (trabalho/móvel):

	Sim	Não
1) Sofre de alguma alergia?
2) Está a tomar qualquer tipo de medicação?
3) Sofre de qualquer perturbação hormonal?
4) Sofre de algum tipo de doença cutânea?
5) Tem varizes ou talangéctasias?
6) Tem herpes?

7) Que tipo de depilação costuma fazer?

Com que periodicidade?

Última vez:

8) Alguma vez efectuou sessões de depilação definitiva?

Qual o método:

Nº de tratamentos:

Último tratamento:

9) Tem qualquer problema quando lhe efectuam uma depilação?

Informação sobre o tratamento

Área:

Densidade (x-xxxxx)

Tipo de pele:

Nº estimado de sessões:

Preço:

Informação adicional:

Tipo de pêlos:

Intervalo:

Proposta de ficha para os tratamentos Epilar
(rosto)

1ª Sessão

Data:
Área:
Tratamento:

Fotografia: Sim:.....Não:.....
Densidade: (x-xxxxx)

Reacções da pele após tratamento:

Produtos entregues ao cliente:

2ª sessão e controlo:

Data: (4 semanas depois da 1ª sessão)
Área:
Comentários/reacções após 1ª sessão:

Fotografia: Sim:.....Não:.....
Densidade: (x-xxxxx)

Tratamento:

Reacções da pele após tratamento:

Produtos entregues ao cliente:

3ª sessão e controlo:

Data: (4 semanas depois da 2ª sessão)
Área:
Comentários/reacções após 2ª sessão:

Fotografia: Sim:.....Não:.....
Densidade: (x-xxxxx)

Tratamento:

Reacções da pele após tratamento:

Produtos entregues ao cliente: