

ANKIETA KLIENTA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Tel. kontaktowy:

e-mail:



ISHI - Makijaż, Stylizacja Rzęs i Brwi

ul. Kilińskiego 16 (Ruptawa)
44-335 Jastrzębie-Zdrój
NIP 6332117681
tel.: +48 887 280 171
e-mail: studio@ishi.pl
www.fb.com/ishilook
www.ishi.pl

I Przed zabiegiem przedłużania i zagęszczania rzęs proszę zapoznać się z poniższymi informacjami:

Rzęsy wykonane są z wysokiej jakości syntetycznego materiału z dodatkiem jedwabiu.

Zakładanie rzęs jest bezbolesne oraz nie powoduje żadnego dyskomfortu.

Właściwa aplikacja nie niszczy rzęs.

Dobierane są tak aby nie obciążały naturalnych rzęs.

Przeciętny cykl rzęs wynosi 90 dni. Po tym czasie rzęsy wypadają pojedynczo zgodnie z ich fazą wzrostu a na ich miejsce wyrastają nowe.

W celu podtrzymania efektu aplikację uzupełniającą należy powtarzać co 3-5 tygodni.

Trwałość aplikacji uzależniona jest od przestrzegania zasad ich pielęgnacji:

Przez 2 dni od aplikacji należy unikać dłuższego kontaktu z wodą oraz parą (basen, sauna)

W pielęgnacji okolic oczu zabronione jest stosowanie jakichkolwiek kosmetyków opartych na bazie oleju. Do demakijażu idealnie nadaje się użycie płynu micelnarnego.

Zabronione jest używanie tuszu do rzęs.

Zabronione jest używanie załotki do rzęs.

Nie wolno samodzielnie usuwać lub wrywać zaaplikowanych rzęs. Może to spowodować uszkodzenia, które w niektórych przypadkach mogą być trwałe. Rzęsy można usunąć za pomocą przeznaczonego do tego celu preparatu.

Przeczytałam i rozumiałam zalecenia dotyczące rzęs i biorę odpowiedzialność za ich pielęgnację.

II Biorę odpowiedzialność i wyrażam zgodę na aplikację ustalonej długości, grubości i skrzywienia oraz za ich pielęgnację.

Długość: Grubość: Skrzywienie:

Czy wyraża Pani zgodę na wykonanie zdjęć przed i po aplikacji które mogą być użyte w celach promowania moich usług (zdjęcie przedstawiające oczy)?

TAK

NIE

III Czy cierpi Pani na:

- zapalenie spojówek
- jaskrę
- opryszczka powiek
- choroby alergiczne oczu
- wypadanie włosów
- klaustrofobia
- trichotillomania ttm – wrywanie włosów
- zaćmę
- jęczmień
- zespół suchego oka
- łuszczyca
- nadpobudliwość
- inne dolegliwości/ przeciwwskazania dotyczące oka

Czy jest Pani uczulona na jakąś substancję?

TAK NIE

Czy nosi Pani szkła kontaktowe?

TAK NIE

Czy występują lub występowały u Pani jakiegokolwiek choroby nowotworowe i leczenie chemioterapią?

TAK NIE

Czy niedawno występowało zapalenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze oka lub jego okolicy

TAK NIE

Czy kiedykolwiek przeszła Pani operację oka lub zabieg- jeśli tak to proszę podać datę oraz rodzaj operacji?

TAK NIE

Proszę o podanie ilości zakreślonych pól:/13

**Przeczytałam oraz informuję, iż rozumiałam powyższe informacje w punkcie I, II i III.
Zawarte odpowiedzi są zgodne z prawdą.**

.....
Imię i Nazwisko

.....
Data i podpis