

INGA MERCEDES

Estetic Beauty

IMIĘ I NAZWISKO

E-MAIL

TELEFON KONTAKTOWY

DATA URODZENIA

JAKIE SĄ PANA/I GŁÓWNE
PROBLEMY ZE SKÓRĄ?
CO CHCE PAN/I OSIĄGNĄĆ?

ANKIETA MEDYCZNA SŁUŻY WSTĘPNEJ OCENIE STANU ZDROWIA I SKÓRY.
TWOJE ODPOWIEDZI POZWOLĄ KOSMETOLOGOWI PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO WIZYTY.

AKTUALNIE STOSOWANA PIELEGNACJA
(NAZWA PRODUKTU)

R A N O :

W I E C Z O R E M :

T A K N I E

Wyrażam zgodę przetwarzanie moich danych osobowych, przekazywanie informacji na podany przeze mnie adres maila i numer telefonu przez Medi Skin Care. Estetic Beauty. Inga Pogłódek, na wykonywanie dokumentacji fotograficznej w związku z udzielanym świadczeniem oraz na utrwalanie za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk przebiegu udzielanego świadczenia dla celów reklamowych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

JAK DOWIEDZIAŁ/A SIĘ PAN/I O NAS?

HISTORIA MEDYCZNA

CZY PONIŻSZE STWIERDZENIA ODNOSZĄ SIĘ DO PANA/PANI?
PROSZĘ ZAZNACZYĆ TAK LUB NIE

Poniższe czynniki mogą zadecydować o tym, czy jesteś jesteśmy w stanie wykonać dla Pana/Pani zabieg.

CZY PALISZ PAPIEROSY?	TAK	NIE
CZY PIJESZ ALKOHOL?	TAK	NIE
CZY WYPIJASZ DZIENNIE 2 LITRY WODY?	TAK	NIE
CZY PODEJRZEWASZ U SIEBIE NIETOLERANCJĘ POKARMOWĄ?	TAK	NIE
CZY STOSUJESZ RESTRYKCYJNĄ DIETĘ LUB ROBISZ WYKLUCZENIA?	TAK	NIE
CZY ĆWICZYSZ REGULARNIE?	TAK	NIE
CZY MASZ TATUAŻE?	TAK	NIE
CZY JESTEŚ OBECNIE W CIĄŻY LUB KARMISZ PIERSIĄ?	TAK	NIE
CZY ODCZUWASZ OBJAWY MENOPAUZY/ANDROPAUZY?	TAK	NIE
CZY ZDARZA CI SIĘ MIEĆ OPARYSKI WIĘCEJ NIŻ 2 RAZY W ROKU?	TAK	NIE
CZY MASZ STWIERDZONĄ CHOROBY Tarczycy?	TAK	NIE
CZY MASZ STWIERDZONĄ CUKRZYCĘ LUB INSULINOOPORNOŚĆ?	TAK	NIE
CZY CHORUJESZ NA PADACZKĘ?	TAK	NIE
CZY MASZ KŁOPOTY Z SERCEM LUB CIŚNIENIEM?	TAK	NIE
CZY CHORUJESZ ONKOLOGICZNIE LUB STOSUJESZ CHEMIOTERAPIĘ?	TAK	NIE
CZY MASZ ZDIAGNOZOWANY AIDS?	TAK	NIE
CZY CIERPISZ Z POWODU BEZSENNOŚCI/ PROBLEMÓW Z ZASYPIANIEM/ WYBUDZANIEM SIĘ W NOCY?	TAK	NIE
CZY CHORUJESZ NA DEPRESJĘ?	TAK	NIE
CZY MASZ OBJAWY EGZEMY/AZS LUB ŁOJOTOKOWEGO ZAPAL. SKÓRY?	TAK	NIE

HISTORIA MEDYCZNA

Poniższe czynniki mogą zadecydować o tym, czy jesteś jesteśmy w stanie wykonać dla Pana/Pani zabieg.

CZY MIAŁ/A PAN/I JUŻ WCZEŚNIEJ WYKONYWANE ZABIEGI? JEŚLI "TAK", PROSIMY PODAĆ JAKIE I CZY CZY KIEDYKOLWIEK WYSTĄPIŁY JAKIEKOLWIEK REAKCJE NIEPOŻĄDANE?

CZY CIERPI PAN/I NA JAKIEŚ ALERGIE (NP. NA LATEKS)?
JEŚLI TAK, PROSZĘ O INFORMACJĘ

CZY W CIĄGU OSTATNIEGO ROKU BYŁ PAN/I POD OPIEKĄ DERMATOLOGA LUB
INNEGO LEKARZA? JEŚLI TAK, TO PROSZĘ PODAĆ

CZY PRZYJMUJE PAN/PANI JAKIEŚ LEKI ZEWNĘTRZNE LUB DOUSTNE,
SUPLEMENTY, WITAMINY, DIURETYKI, TABLETKI ODCHUDZAJĄCE, ITP? JEŚLI TAK,
PROSZĘ O INFORMACJĘ

JAK OPISZE PAN/I SWÓJ POZIOM STRESU? (BRAK / NISKI / ŚREDNI / WYSOKI)

CZY STOSUJE PAN/I LEKI NA TRĄDZIK?, NP. IZOTEK/ TETRALYSAL/ SOLANTRA?
CZY PRZYJMUJE PAN/I INNE LEKI LUB SUPLEMENTY?
JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ

OCENA SKÓRY

CZY ZAUWAŻA PAN/I U SIEBIE NASTĘPUJĄCE PROBLEMY? PROSZĘ ZAZNACZYĆ

- | | |
|--|--|
| ☐ TRĄDZIK NA TWARZY | ☐ DROBNE LINIE/ZMARSZCZKI |
| ☐ TRĄDZIK NA CIELE | ☐ SKÓRA ZWIOTCZAŁA |
| ☐ BLIZNY POTRĄDZIKOWE | ☐ PRZEBARWIENIA POSŁONECZNE |
| ☐ ZASKÓRNIKI | ☐ MELASMA- NP. PRZEBARWIENIA PO CIĄŻY |
| ☐ ŁOJOTOK | ☐ SKÓRA ODWODNIONA |
| ☐ CZĘSTE WYPRYSKI | ☐ MATOWA CERA |
| ☐ DUŻE PORY | ☐ SZORSTKA/NIERÓWNA STRUKTURA SKÓRY |
| ☐ WIDOCZNE NACZYNIKA | ☐ USZKODZENIA POSŁONECZNE |
| ☐ RUMIEŃ, UDERZENIA GORĄCA | ☐ CELLULIT |
| ☐ ZACZERWIENIENIE TWARZY | ☐ NADMIERNE OWŁOSIENIE |
| ☐ PODRAŻNIENIE SKÓRY | ☐ BRODAWKI, WYSTAJĄCE ZNAMIONA |
| ☐ OPUCHLIWA POD OCZAMI | ☐ KŁOPOTY Z DOBRANIEM WŁAŚCIWEJ
PIELĘGNACJI DOMOWEJ |

INNE ISTOTNE INFORMACJE ZDROWOTNE

JAK OPISZE PAN/I SWÓJ TYP SKÓRY?
PROSZĘ ZAKREŚLIĆ PONIŻEJ

NORMALNA
*Brak widocznych
przebarwień, drobne
gładka tekstura*

SUCHA
*Matowa, z widocznymi
poryami i zmarszczkami,
uczucie napięcia*

TŁUSTA
*Rozszerzone pory,
zaskórniki
świecenie się skóry*

WRAŻLIWA
*Reaguje na substancje
zapachowe,
jest często podrażniona*

TRĄDZIKOWA
*Obecne bolesne torbiele lub
guzki, stany zapalne,
zaskórniki*

MIESZANA
*Jednocześnie tłusta i suche
miejsca, przetłuszczająca się
strefa T, przebarwienia
hormonalne*