

# CİLT BAKIMI KONSÜLTASYON FORMU

## Müşteri Bilgileri

Ad Soyad:

Doğum Tarihi:

Telefon:

E-posta:

İşlem Tarihi:

Cilt Tipi (Kuru / Yağlı / Karma / Hassas):

Cilt Sorunu / Şikayet: (leke, akne, kuruluk, matlık vb.)

## 1- Sağlık Durumu

Hamilelik / Emzirme

Kalp pili / Metal implant

Epilepsi

Diyabet

Hormonal bozukluk (örneğin PCOS)

Cilt hastalığı (egzama, sedef, rosacea vb.)

Açık yara, tahriş veya enfeksiyon

Kan sulandırıcı ilaç kullanımı

Son 4 hafta içinde güneşlenme / solaryum

Son 1 ayda estetik işlem (peeling, botoks, dolgu, lazer vb.)

Varsa detay belirtiniz:

## 2- Cilt Bakım Alışkanlıkları

Günde kaç kez cilt temizliği yapıyorsunuz? \_\_\_\_\_

Kullandığınız cilt bakım ürünleri (temizleyici, tonik, serum, krem vb.):

Güneş koruyucu kullanıyor musunuz? Evet Hayır

Su tüketiminiz (günlük): \_\_\_\_\_ litre

Sigara / alkol kullanımı: Evet Hayır

## 3- Daha Önce Uygulanan İşlemler

Daha önce profesyonel cilt bakımı yaptırdınız mı? Evet Hayır

Son işlem ne zaman yapıldı?

Daha önce ciltte reaksiyon, alerji veya tahriş yaşadınız mı? Evet Hayır

## 4- İşlem Öncesi Bilgilendirme

İşlem öncesi ciltte makyaj, krem veya parfüm olmamalıdır.

İşlemden sonra 24 saat sıcak duş, sauna, hamam önerilmez.

İşlem sonrası güneş koruyucu kullanımı zorunludur.

Ciltte hafif kızarıklık ve hassasiyet geçici bir durumdur.

Evde bakım ürünleri ve seans devamlılığı sonuçları güçlendirir.

## 5- Onay ve İmza

Cilt bakımı işlemi hakkında bilgilendirildim, yukarıdaki bilgileri doğru beyan ettiğimi ve gerekli uyarıları anladığımı onaylıyorum.

Müşteri Ad Soyad:

Uygulayıcı Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

İmza: