

Doctor Brow. Org.nr 929 495 292
Skedsmo Senter 2. etg. Furuholtet 1, 2020 Skedsmokorset.
Tlf: 92375686

SKJEMA FOR BROW LAMINATION OG VIPPELØFT

Navn _____

Adress _____

E-post _____

Telefon _____

Fødselsdato ____/____/____

HELSE OG TILSTAND

Allergi mot kosmetikk ? ()

Beskriv _____

Rosacea* () Eksem* () Psoriasis* () Kviser* () Utslett* ()

Melanoma / Hudkreft * () solskader av hud på brynene ()

Microneedling () Når ? _____

Solarium () Når ? _____

Peeling () Når? _____ Syre () Hvilken? _____

Gravid () Amming () Hormonell ubalanse () Skjoldbruskkjertelen ()

Vippe extension () Hvor lenge siden? _____

Permanent makeup () Hvor lenge siden? _____

Mascara : Daglig () Noen ganger () Aldri () Vippetang ()

HUDTYPE

Normal () Tørr () Fet () Kombinert () Sensitiv ()

ALLERGITEST

Dato ____/____/____

Merke på produkter brukte på allergitesten _____

Fikk ikke allergi () Fikk allergi ()

Jeg vil ikke teste meg for allergi _____
underskrift

INFORMASJONER OM BEHANDLING

Brow Lamination og vippeløft er en keratin behandling som har formål å behandle det naturlige håret til kundens øyenbryn og øyevipper. Målet med denne behandlingen er å gjøre brynshårene fleksible og virke mer voluminøse, noe som gjør at brynene ser fyldigere ut.

Mens vippene er bøyd og gir en mascara effekt, noe som gjør at vippene blir mer definerte og mer voluminøse.

Varigheten til disse behandlingene kan variere fra person til person.
Holdbarhet er minst 2 uker og maks 4-6 uker.

Dato ____/____/____

Brow Lamination () Vippeløft ()

Merke på produkter brukte på behandling _____

Merke på produkter brukte på behandling _____

Merke og farger _____

Merke og farger _____

Observasjon _____

SERVICEKONTRAKT OG SAMTYKKE

1. Fagpersonen har forklart meg alt om denne prosedyren gjennom en konsultasjon.
2. Jeg tar ansvar for å følge med på instruksjoner etter behandlingen.
3. Jeg er klar over at ved feil etterbehandling av behandlet området, kan det oppstå ødeleggelse av prosedyren.
4. Jeg er klar over at liv stil og mangel på vann og vitaminer i min kropp kan påvirke behandlingen på en negativ måte.
5. Jeg frigjør fagpersonen for ansvar hvis jeg ikke får det resultatet som jeg ønsker meg når jeg blir ferdig med behandlingen.
6. Jeg tar ansvar og all risiko dersom jeg nekter å utføre allergitesten.
7. Jeg ble orientert å besøke en lege dersom jeg får en allergiske reaksjon.
8. Samtykker for bilder før og etter for bruk på min egen journal Ja () Nei ()
9. Jeg har lest nøye gjennom alle informasjonene og er enig med alt.

BETALINGSMÅTE: KORT () VIPPS () BANKOVERFØRING ()

Klientssignatur _____

Behandlerssignatur _____