

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

KLIENTSKJEMA FOR BRYNSTYLING

Navn _____

Adress _____

E-post _____

Telefon _____

Fødselsdato ____/____/____

HELSE OG TILSTAND

Allergi mot kosmetikk ? ()

Beskriv _____

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

Melanoma / Hudkreft på brynene

Gravid () Amming () solskader av hud på brynene* ()

Hud behandling med syre () Peeling () Når ? _____

Microneedling () Når ? _____

Brow Lamination () Når ? _____

Solarium () Når ? _____ Kosmetikk med bleknings formel ()

ALLERGITEST

Dato _____/_____/_____

Merke på Farge () Henna () brukte for å utføre

allergitesten _____

Fikk ikke allergi () Fikk allergi ()

Jeg vil ikke teste meg for allergi ()

Observasjon _____

HUDTYPE

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

INFORMASJONER OM TEKNIKKEN

Enkel brynsform () Farge/tint () Henna () Hybrid ()

Dato _____/_____/_____

Merke på fargen brukte på behandling _____

Farge _____

Merke på Henna brukte på behandling _____

Farge _____

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 godkjente formen som ble tegnet på mine øyenbryn og farge på Henna () Tint () før fagpersonen lagde brynstylingen på meg.
5. Jeg er klar over at Fargen eller Henna kan bli borte av brynshårene mine eller av min hud over tid.
6. Jeg frigjør fagpersonen for ansvar hvis jeg ikke liker formen, eller farge på mine øyenbryn etter behandlingen.
7. Jeg tar ansvar og all risiko dersom jeg nekter å utføre allergitesten.
8. Jeg ble orientert å besøke en lege dersom jeg får en allergiske reaksjon.
9. Samtykker for bilder før og etter for bruk på min egen journal Ja () Nei ()
10. Jeg har lest nøye gjennom alle informasjonene og er enig med alt.

BETALINGSMÅTE: KORT () VIPPS () BANKOVERFØRING ()

Klientssignatur _____

Behandlerssignatur _____