

# АНКЕТА КЛІЄНТА ТА ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА

на проведення косметичної процедури (нарощування вій)

ПІБ клієнта: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Контактний телефон: \_\_\_\_\_

## 1. СТАН ЗДОРОВ'Я, ПРОТИПОКАЗАННЯ ТА ПРИЙОМ ПРЕПАРАТІВ

Чи маєте Ви алергічні реакції (косметика, клей, медикаменти)? ☐ Так ☐ Ні

Чи були раніше реакції після процедур для очей? ☐ Так ☐ Ні

Чи маєте/мали захворювання очей (кон'юнктивіт, ячмінь, демодекоз тощо)? ☐ Так ☐ Ні

Чи носите контактні лінзи? ☐ Так ☐ Ні

Чи є вагітність або лактація? ☐ Так ☐ Ні

Чи приймаєте лікарські препарати (антибіотики, гормони, антигістамінні тощо)? ☐ Так ☐ Ні

## 2. ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ РЕЗУЛЬТАТУ ТА РЕФЕРЕНСИ

Я поінформована, що результат процедури є індивідуальним і залежить від анатомічних особливостей моїх очей та вій. Референси є орієнтиром, а не гарантією ідентичного результату. Майстер має право скоригувати або відмовити у виконанні ефекту з міркувань безпеки, якості та професійних стандартів.

## 3. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА

Я підтверджую, що надала правдиву інформацію про стан здоров'я та усвідомлюю, що процедура є косметичною і не гарантує конкретний естетичний результат. Я не маю претензій до майстра у разі індивідуальної реакції або суб'єктивного сприйняття результату за умови дотримання технології виконання.

Підпис клієнта: \_\_\_\_\_ Підпис майстра: \_\_\_\_\_

## 4. РЕКОМЕНДАЦІЇ ПІСЛЯ ПРОЦЕДУРИ

- не мочити вій 24 години
- не терти очі та уникати механічного впливу
- не використовувати жирні засоби в зоні повік
- уникати сауни та басейну 48 годин
- при дискомфорті звернутися до майстра або лікаря

Підпис клієнта (ознайомена): \_\_\_\_\_