

# ANKIETA PRZEDZABIEGOWA



**MAESELLE**

AGELESS EVERYDAY

Imię:

Wiek:

Nazwisko:

Telefon:

Adres:

E-mail:

Miasto:

Kod pocztowy:

## ANKIETA

Czy jesteś w ciąży lub w trakcie karmienia piersią? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

Czy choruje Pani/Pan na jakolwiek choroby przewlekłe? Tak\_\_ Nie\_\_ Jeżeli tak, jakie? \_\_\_\_\_

Czy nosisz soczewki kontaktowe? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_ (jeśli tak, zdejmij je przed rozpoczęciem leczenia)

Czy masz obecnie oparzenia słoneczne/podrażnienie od wiatru, śniegu/stan zapalny skóry? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

Czy korzystasz z solarium? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_ (jeśli tak, kiedy był ostatni raz \_\_\_\_\_)

Czy obecnie stosujesz terapie aktywną witaminą A? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_ (kiedy została zakończona kuracja \_\_\_\_\_)

Czy obecnie stosujesz hydrokortyzon? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_ Jak długo? \_\_\_\_\_  
(przerwać stosowanie na 10 dni przed i po leczeniu)

Czy miałeś peeling chemiczny lub inny rodzaj zabiegu z użyciem urządzenia medycznego? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

Jeżeli tak, kiedy? \_\_\_\_\_ Jaki rodzaj peelingu / zabiegu został wykonany? \_\_\_\_\_

Czy stosujesz wypełniacze, kolagen lub zastrzyki z botoksu? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

Jeżeli tak, kiedy był ostatni zabieg? \_\_\_\_\_

Czy miałeś ostatnio nici PDO? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_ Jeżeli tak, kiedy był ostatni zabieg? \_\_\_\_\_

Czy miałeś ostatnio operację? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_ Opisz: \_\_\_\_\_

Jak dawno temu? \_\_\_\_\_

Czy miałaś ostatnio laserowy resurfacing? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_ Kiedy? \_\_\_\_\_ Jakiego rodzaju? \_\_\_\_\_

Czy uprawiasz intensywny aerobik lub sport? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_ Jakiego rodzaju? \_\_\_\_\_

Czy palisz papierosy? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

Czy masz opryszczkę/pęcherze gorączkowe? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_ Ostatnia infekcja? \_\_\_\_\_

Czy jesteś uczulony lub wrażliwy na jakiegokolwiek składniki; Jeżeli tak, jakie? \_\_\_\_\_

Czy jesteś wrażliwy na produkty na bazie alkoholu? Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

Czy przyjmujesz obecnie jakieś leki? (antybiotyki, przeciwbólowe, przeciwgorączkowe) \_\_\_\_\_

Czy kiedykolwiek miałaś/eś reakcje alergiczną bądź inną po zabiegu kosmetycznym/estetycznym Tak \_\_\_\_ Nie \_\_\_\_

Opisz \_\_\_\_\_

Jak wygląda twoja codzienna pielęgnacja domowa? \_\_\_\_\_

**Data i podpis osoby wypełniającej ankietę**

**Podpis osoby przyjmującej ankietę**

