

# VENDÉG NEVE

LAKCÍM \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-MAIL CÍM \_\_\_\_\_

IRÁNYÍTÓSZÁM \_\_\_\_\_ SZÜLETÉSI DÁTUM \_\_\_\_\_

HÁZIORVOS NEVE \_\_\_\_\_ ALLERGIA TESZT

HÁZIORVOS CÍME \_\_\_\_\_

1	2
3	4

A kezelés előtt 48 órával kell elvégezni, és 6 havonta meg kell ismételni.

**A KEZELÉS BIZTONSÁGOS ELVÉGZÉSE ÉRDEKÉBEN KÉRJÜK, TÖLTSD KI AZ ALÁBBI KÉRDŐÍVET!**

**Kizáró tényezők**

- Hajhullás foltokban  Igen  Nem
- Szemhéjgyulladás  Igen  Nem
- Kemoterápia  Igen  Nem
- Kötőhártya-gyulladás, más szemfertőzés  Igen  Nem
- Ciszta, más nem diagnosztizált szem körüli elváltozások  Igen  Nem
- Ötvar, tetű, rüh  Igen  Nem
- Várandósság, szoptatás  Igen  Nem
- Övsömör  Igen  Nem
- Árpa  Igen  Nem
- Kényszeres hajtépés  Igen  Nem
- Cyenge, sérült szempillák  Igen  Nem
- Lézeres szemműtét  Igen  Nem
- Csalánkiütés  Igen  Nem
- Szempilla benövés  Igen  Nem
- Nagyon érzékeny bőr  Igen  Nem
- Fej körüli friss műtét  Igen  Nem
- Szempilla hullás  Igen  Nem
- Rohamok előfordulásának lehetősége  Igen  Nem
- Szembrángás, remegés  Igen  Nem

**Befolyásoló tényezők**

- Allergia, szénanátha  Igen  Nem
- Szürkehályog, zöldhályog  Igen  Nem
- Herpesz  Igen  Nem
- Cukorbeteg retina megbetegedése  Igen  Nem
- Száraz szem szindróma  Igen  Nem
- Ekcéma, pikkelysömör  Igen  Nem
- Szörtűszó gyulladás  Igen  Nem
- Hormonváltozás (klímáx)  Igen  Nem
- Gyulladás, irritáció, érzékeny szem  Igen  Nem
- Gyógyszeres kezelés  Igen  Nem
- Friss szépészeti beavatkozás  Igen  Nem
- Bezártság fóbia, türelmetlenség  Igen  Nem
- Gyógyult lézeres szemműtét orvosi igazolással  Igen  Nem
- Epilepszia  Igen  Nem
- Szempilla rossz irányba növekedése  Igen  Nem
- Lógó szemhéjak  Igen  Nem
- Bőrpirosodás  Igen  Nem
- Friss vágás, égés, horzsolás az arcon  Igen  Nem

**HA BÁRMELYIKRE IGENNEL VÁLASZOLTÁL, FEJTSD KI BŐVEBBEN:**

**A VENDÉG SZEMPILLÁJA**

- Rövid  Vékony  Fekete  Íves  Volt festve a szempilla?  Igen  Nem
- Közepes  Közepes  Barna  Egyenes  Ha igen, mikor? \_\_\_\_\_
- Hosszú  Vastag  Szőke  Lefeje álló
- Ellenálló  Vörös

DÁTUM	EGÉSZSÉGÜGYI VÁLTOZÁS	ALLERGIA TESZT DÁTUMA	VENDÉG ELVÁRÁSA ENYHE   LÁTVÁNYOS   DRÁMAI ÍV	KEZELŐ ALÁÍRÁSA	VENDÉG ALÁÍRÁSA

**Kérjük, olvasd el, mielőtt aláírod!**

- Minden információt elolvastam és megértettem.
- Ha bármilyen kérdés merül fel bennem, megbeszélésem a kezelést végző szakemberrel.
- Beleegyezem, hogy a megbeszélte kezelést elvégezzék.
- Az alábbi kérdőívet a valóságnak megfelelően töltöttem ki, és megértettem, hogy a teszt elvégzése ellenére allergiás reakció léphet fel.
- A kapott információk alapján az én felelősségem a szempilláim utókezelése.
- Beleegyezem az egészségügyi adataim kezelésébe, a kezelés elvégzése céljából.
- Beleegyezem hogy a készített képeket szalonmarketing célra felhasználják. Igen / Nem (húzd alá)

