

KARTA WYWIADU Z KLIENTEM – MASAŻ KOBIDO

Dane klienta:

• Imię i nazwisko:

• Wiek w przedziale :

18 - 25 ☐

26 - 35 ☐

36 - 45 ☐

46 - 55 ☐

56 - 65 ☐

66+ ☐

• Telefon kontaktowy:

• E-mail:

1. Stan zdrowia i przeciwwskazania

Czy występują u Ciebie któreś z poniższych przeciwwskazań? (Proszę zaznaczyć TAK lub NIE)

Przeciwwskazanie TAK NIE

Ciąża	TAK NIE
-------	----------------

Stany zapalne skóry twarzy	TAK NIE
----------------------------	----------------

Trądzik ropowiczy, różowaty w stanie zaostrzenia	TAK NIE
--	----------------

Choroby zakaźne (wirusowe, bakteryjne, grzybicze)	TAK NIE
---	----------------

Choroby nowotworowe	TAK NIE
Nadczynność tarczycy	TAK NIE
Skłonność do pękających naczynek (cera naczynkowa)	TAK NIE
Świeże zabiegi medycyny estetycznej	TAK NIE
 Epilepsja	TAK NIE
Migreny	TAK NIE
Operacje w obrębie twarzy (ostatnie 6 miesięcy)	TAK NIE
Inne schorzenia (proszę podać jakie):	

.....

2. Cel masażu Kobido

Jakiego efektu oczekujesz po zabiegu? (można zaznaczyć więcej niż jedną opcję)

- ☐ Redukcja napięć mięśniowych
- ☐ Poprawa owalu twarzy
- ☐ Ujędrnienie i wygładzenie skóry
- ☐ Złagodzenie objawów stresu i zmęczenia
- ☐ Relaksacja
- ☐ Inne:

3. Dotychczasowe doświadczenia

Czy był/a już Pan/Pani na masażu Kobido?

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, jak często?

Czy po poprzednich zabiegach wystąpiły jakiegolwiek niepożądane reakcje?

- ☐ Nie ☐ Tak – jakie?

4. Zgoda na zabieg

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przeciwwskazaniami do masażu Kobido i nie występują u mnie żadne z wymienionych przeciwwskazań. Jeśli mimo przeciwwskazań decyduję się na zabieg, robię to całkowicie na własną odpowiedzialność. Rozumiem, że masaż Kobido jest zabiegiem manualnym, którego celem jest poprawa wyglądu skóry oraz relaksacja.

Podpis klienta:

Data: