



eBook
ZDARMA

*FORMULÁRE
K VSTUPNEJ KONZULTÁCIÍ
A DIAGNOSTIKE
PRE KOZMETOLÓGOV*

MGR. ZUZANA VARGICOVÁ

Vitajte!

Volám sa Zuzana, som praktizujúca kozmetička - lektorka už viac ako 28 rokov a chcem sa touto cestou s Vami podeliť o rôzne typy formulárov a dotazníkov, ktoré Vás bezpečne prevedú vstupnou konzultáciou a komplexnou diagnostikou.

V praxi sa často stretávam s tým, že si mnohé kozmetičky nevedú príslušnú dokumentáciu, nevedia čo má byť obsahom konzultácií, aké otázky majú klásť svojim klientom tak, aby to bolo prínosné pre obe strany. A práve to bolo impulzom pre vytvorenie toho e-Book(u), ktorý Vám dávam k dispozícii zdarma.

Dokumentáciu, ktorú nájdete na nasledujúcich stranách som vytvorila tak, aby zahŕňala aspekty, ktoré môžu vplývať na stav pleti, sú dôležité pre bezpečné vykonávanie základných procedúr, umožňujú dosahovanie želaných výsledkov a v neposlednom rade uľahčia prácu nám kozmetičkám.

Mgr. Zuzana Vargicová



NIEČO O MNE

Počas svojej kozmetologickej praxe som mala možnosť spoznať starostlivosť o pokožku nielen z pohľadu kozmetičky, ale vďaka štúdiu na Lekárskej fakulte a následnej praxi v oblasti dermatológie, estetickej medicíny a plastickej chirurgie aj z pohľadu medicíny. Svoje vedomosti a skúsenosti neustále rozvíjam a pokračujem vo vzdelávaní u nás i v zahraničí do dnes. V súčasnosti sa venujem štúdiu Tradičnej čínskej medicíny a celostnému zdraviu. Okrem odborného kozmetologického vzdelania mám aj pedagogické vzdelanie a 22 rokov praxe vo vzdelávaní kozmetičiek. Preto som sa rozhodla viac venovať edukačnej činnosti a ďalej odovzdávať svoje know-how vo svojej akadémii.



AKO VIESŤ VSTUPNÚ KONZULTÁCIU A DIAGNOSTIKU V KOZMETOLÓGII

ROBÍTE VO SVOJEJ PRAXI VSTUPNÚ
KONZULTÁCIU, ALEBO JU POVAŽUJETE
ZA ZBYTOČNÚ STRATU ČASU?

Vstupná konzultácia a diagnostika je jeden z najdôležitejších krokov v kontakte s klientom. Často už prvý kontakt a prvý dojem rozhoduje o tom, či potenciálnemu klientovi predáte svoje služby a produkty! Nie je to len rozhovor pri káve, ale riadený proces, ktorý má svoje pravidlá.

SPRÁVNA KOMPLEXNÁ
DIAGNOSTIKA PLETI JE
ZÁKLADOM ÚSPEŠNEJ
PROFESIONÁLNEJ
STAROSTLIVOSTI. OD NEJ ZÁVISÍ
KAŽDÝ KROK OŠETRENIA. JE
PREDPOKLADOM BEZPEČNEJ,
ZDRAVIE KLIENTA
NEOHROZUJÚCEJ
STAROSTLIVOSTI, KTORÁ MÁ
VIESŤ K VYRIEŠENIU PROBLÉMU
KLIENTA. JEDNODUCHO K
VÝSLEDKOM!



BENEFITY

AKÉ BENEFITY VÁM PRINESIE SPRÁVNE VEDENÁ VSTUPNÁ KONZULTÁCIA A DIAGNOSTIKA?

- Je to priestor pre „pozitívny prvý dojem“.
- Zvýšenie a budovanie profesionálneho imidžu.
- Príležitosť pre budovanie a získavanie dôvery klienta.
- Lepšie pochopenie potrieb klienta a tým presne cieleňá ponuka na riešenie problému.
- Zvýšenie úspešnosti ošetroení – lepšie výsledky.
- Zvýšenie predaja produktov na domácu starostlivosť.
- Zvýšenie predaja salónnych kúr.
- Získanie nových klientov.
- Zber marketingových informácií pre zacielenie reklamy napr. na soc. sieťach.



PRÍPRAVA NA KONZULTÁCIU

Aby konzultácia prebehla bez problémov a splnila svoj účel je dôležité pripraviť sa na ňu zo strany klienta aj kozmetológa.

Klient

Vopred informujte klienta o priebehu vstupnej konzultácie.

Požiadajte klienta, aby na konzultáciu priniesol:

- o produkty domácej starostlivosti,
- o dekoratívnu kozmetiku,
- o zoznam užívaných liekov a výživových doplnkov.

Súčasťou konzultácie a diagnostiky je aj analýza doterajšej starostlivosti, zistenie kontraindikácií a ostatných aspektov, ktoré môžu ovplyvňovať stav pleti, výber procedúr a produktov. Medzi také o. i. patria aj lieky a výživové doplnky. Keďže často klienti presne nevedia uviesť aké produkty používajú a už vôbec nevedia zloženie je potrebné, aby vyššie uvedené produkty doniesli.

Kozmetológ

Premyslite si každý detail návštevy klienta od uvítania až po rozlúčenie. Vytvorte si pre vstupnú konzultáciu „scenár“, ktorý budete dodržiavať. Vstupná konzultácia je kontakt s novým klientom a prvý dojem je často rozhodujúci, preto venujte pozornosť prostrediu vášho salónu a aj vášmu vzhľadu.

Pripravte si:

- o diagnostické dotazníky a formuláre (nájdete na nasledujúcich stranách), ktoré vás bezpečne a bez stresu prevedú celou konzultáciou,
- o diagnostické pomôcky a prístroje,
- o ponuku vašich služieb,
- o propagačné materiály,
- o vernostný program,
- o vitrínu s produktami na domácu starostlivosť.



ETAPY A OBSAH VSTUPNEJ KONZULTÁCIE A DIAGNOSTIKY

1. ZOZNÁMENIE KLIENTA SO ŠPECIALISTOM

Pripravte si stručnú komplexnú formu prezentácie, ktorá u klienta vzbudí pocit, že práve vám môže dôverovať. Predstaviť sa iba svojim menom zďaleka nestačí!

2. ZBER OSOBNÝCH ÚDAJOV + GDPR

- Meno a priezvisko
- Vek (dátum narodenia)
- Adresa
- Tel. číslo, e-mail
- Súhlas so zhotovením foto - dokumentácie a jej zverejňovaním
- Súhlas so zasielaním marketingových informácií (sms, e-mail)
- Súhlas s uchovávaním osobných údajov pre účely poskytovania služieb
- Informovaný súhlas k jednotlivým procedúram (na záver konzultácie)

3. IDENTIFIKÁCIA POTRIEB, PRIORÍT A OČAKÁVANÍ KLIENTA

- Už v tejto fáze môžete využiť formuláre a dotazníky (nájdete na nasledujúcich stranách e-Booku), ktoré uľahčia komunikáciu s klientom. Sú klienti, ktorí nie sú pripravení na to, aby dokázali presne sformulovať svoje vlastné pocity a potreby. Preto môžete využiť v tejto fáze formulár.
- *V tejto etape zistujeme:*
 1. Zdroj informácií o vašom salóne (dôležité pre analýzu marketingových nástrojov).

2.Problémy, požiadavky, očakávania klienta s ktorými prichádza.

3.Doterajšie skúsenosti s ošetrovaním v salóne.

4.Doterajšia domáca starostlivosť.

4. ANAMNÉZA KLIENTA

- **Chronické (akútne) ochorenia** - srdcovo-cievne, neurologické, respiračné, metabolické, ochorenia pohybového aparátu, kožné, kovové implantáty...
- **Imunologický status** - autoimunitné choroby, herpetické infekcie, časté virózy, prechladnutia...
- **Gynekologicko – hormonálny status** - menštruačný cyklus, gravidita, laktácia, menopauza, polycystické ovárie, endometrióza, diabetes, štítna žľaza...
- **Alergie** - intolerancia na kozmetické ingrediencie, potravinová, peľ, trávy, kov, roztoče...
- **Genetické faktory** - najmä výskyt kožných chorôb...
- **Lieky a potravinové doplnky** - kontraceptíva, hormonálne, systémové retinoidy, kotrikoidy, psychofarmaká, vitamíny, minerály....
- **Životný štýl** - strava, pitný režim, spánok, pohyb, zlozvyky a závislosti...
- **Psycho - emocionálny status** - stres, depresie...
- **Pracovné a domáce prostredie** - chemikálie, vysoké teploty, klimatizácia...
- **Operácie, zákroky estetickej medicíny a kozmetiky** - invazívne zákroky, injekčné výplne, laserový resurfacing, chemický peeling, depilácia, IPL.....



5. DIAGNOSTIKA

- Farba pleti, prekrvenie, premastenie, tonus a turgor, vrásky, odchýlky a vady, reaktivita, fotoreaktivita, genotyp a aktuálna štruktúra kožného povrchu,
- Glogau škála, Ficzpatrick škála a pod.

Nezabudnite na fotodokumentáciu, nielen na vstupnej konzultácii, ale v pravidelných intervaloch počas celej doby spolupráce s klientom !!!!!

6. ANALÝZA A VYHODNOTENIE ZÍSKANÝCH ÚDAJOV

- Základný typ pleti
- Aktuálny stav pleti
- Určenie primárnych a sekundárnych potrieb

7. NÁVRH A ODPORÚČANIA NA RIEŠENIE PROBLÉMU KLIENTA

- Odporúčenie domácej starostlivosti
- Odporúčenie profesionálnych salónnych kúr
- Úprava životného štýlu
- Kontakt na ďalších odborníkov (dermatológ, dietológ, psychológ, internista a pod.)

8. ODPOVEDE NA OTÁZKY KLIENTA

9. REZERVÁCIA TERMÍNOV A PREDAJ PRODUKTOV

10. ROZLÚČENIE

11. ADMINISTRÁCIA

- Informácie dôležité pre prácu s klientom, marketing a štatistika



VZORY FORMULÁROV K VSTUPNEJ KONZULTÁCII A DIAGNOSTIKE PLETI



INŠIRUJTE SA PRI TVORBE
VLASTNEJ DOKUMENTÁCIE,
ALEBO IMPLEMENTUJTE DO
PRAXE TIETO FORMULÁRE

...



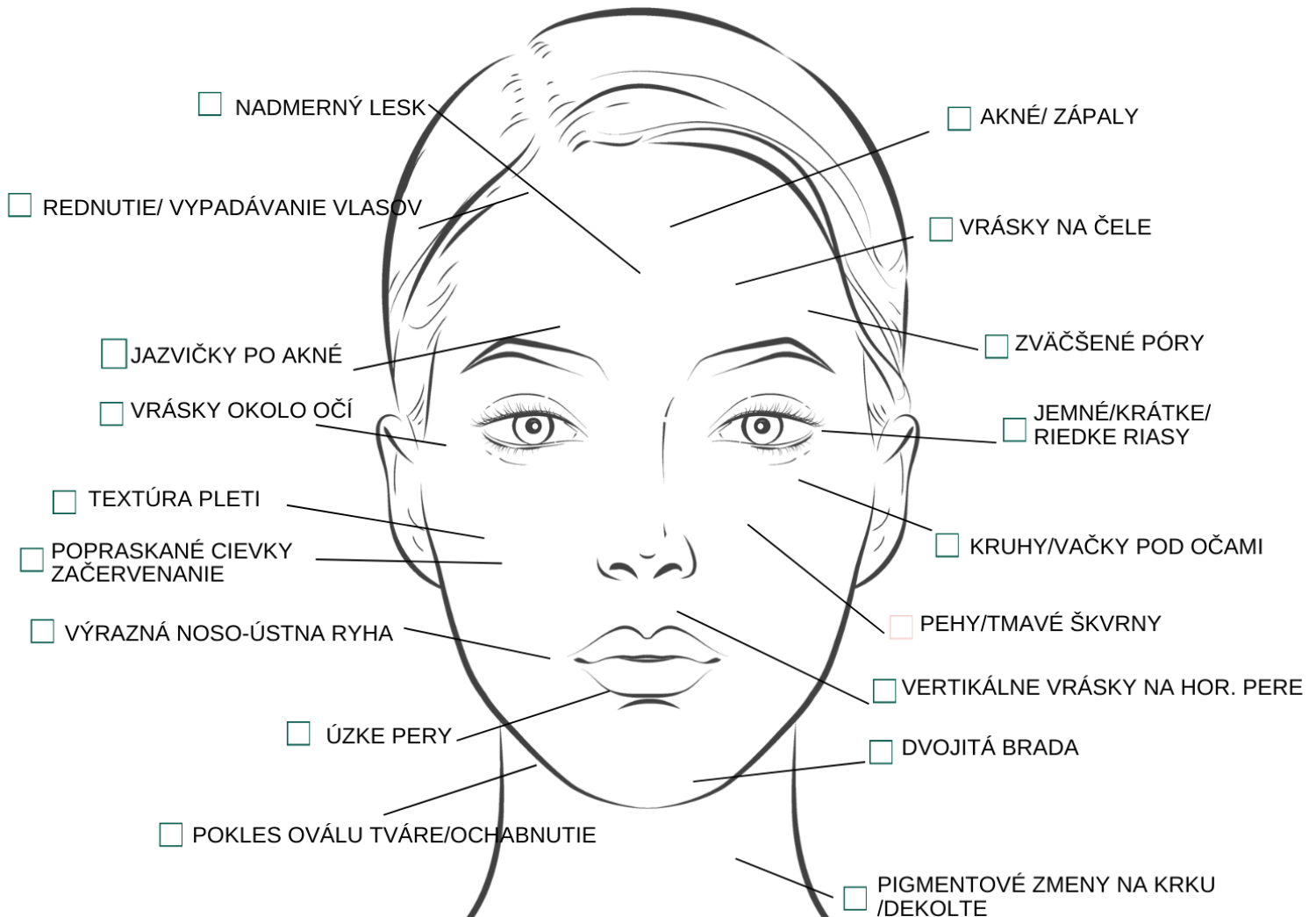
DOTAZNÍK K IDENTIFIKÁCIÍ POTRIEB KLIENTA

Meno a priezvisko: _____ Dátum narodenia: _____

Tel: _____ Email: _____

Dátum konzultácie: _____ Konzultácia bola ukončená: _____

Označte všetky oblasti, ktoré považujete za problematické u



Absolvovala ste už nejaké kozmetické procedúry alebo ošetrenia? Áno Nie

Ak áno, uveďte aké: _____

Chcete sa dozvedieť viac o: Starostlivosti o pleť Ochrane pred slnkom Produktoch na domáce ošetrenie Profesionálnych procedúrach

Máte akékoľvek iné problémy, alebo obavy v starostlivosti o pleť? (Uveďte ich): _____

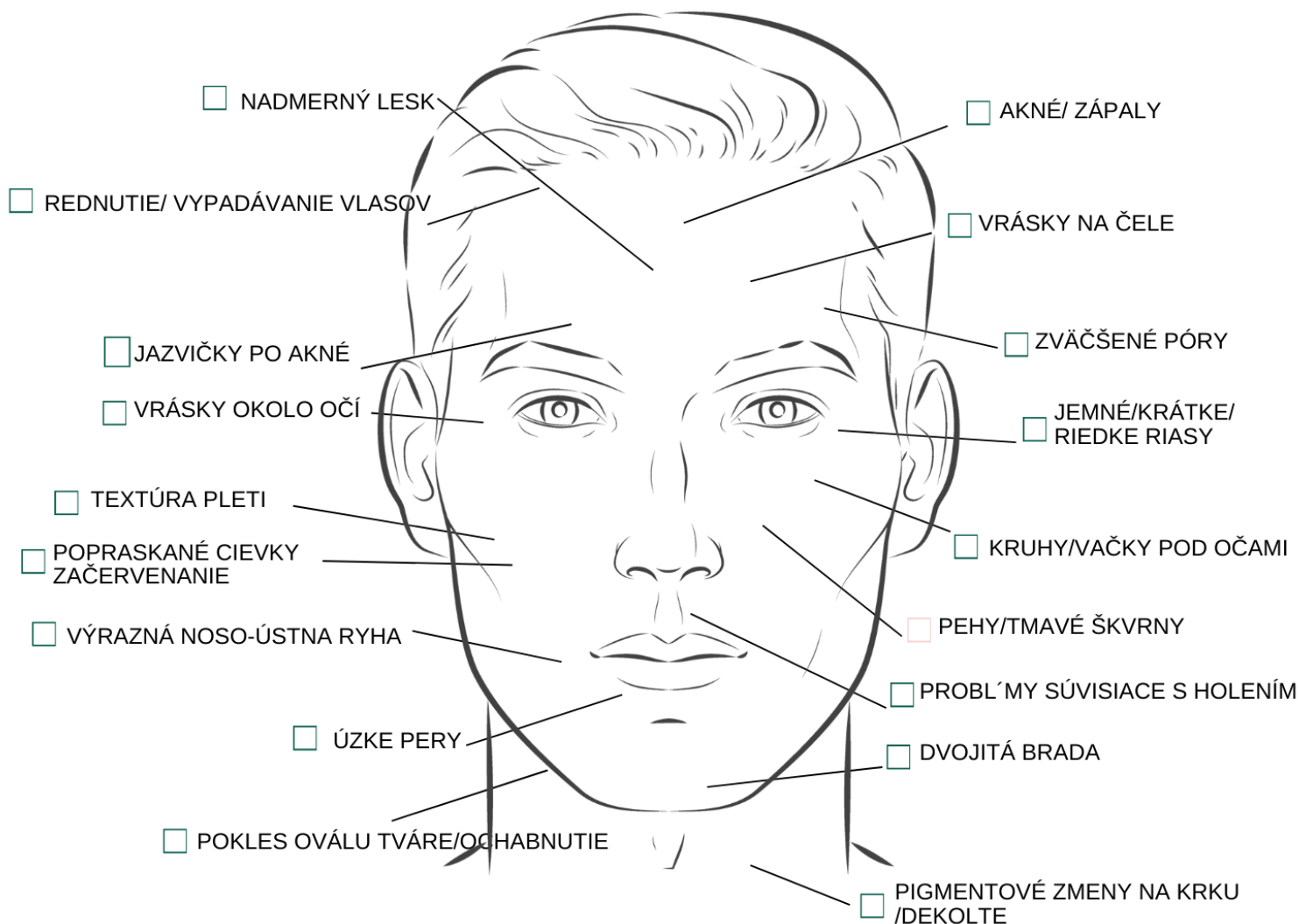
DOTAZNÍK K IDENTIFIKÁCIÍ POTRIEB KLIENTA

Meno a priezvisko: _____ Dátum narodenia: _____

Tel: _____ Email: _____

Dátum konzultácie: _____ Konzultácia bola ukončená: _____

Označte všetky oblasti, ktoré považujete za problematické a sú vašou prioritou



Absolvoval ste už nejaké kozmetické procedúry alebo ošetrenia? Áno Nie

Ak áno, uveďte aké: _____

Chcete sa dozvedieť viac o: Starostlivosti o pleť Ochrane pred slnkom Produktoch na domáce ošetrovanie Profesionálnych procedúrach

Máte akékoľvek iné problémy, alebo obavy v starostlivosti o pleť? (Uveďte ich) : _____



DOTAZNÍK K DIAGNOSTIKE PLETI

Účelom dotazníka je stanovenie diagnózy a potrieb klienta pre profesionálnu a domácu starostlivosť.
Všetky informácie sú dôverné a budú použité len na tento účel.

OSOBNÉ ÚDAJE:

Meno: Dátum narodenia: Vek:

Bydlisko:

Povolanie: Tel: E-mail:

(Pracovné prostredie): Odkiaľ má informácie o salóne:

Ako by ste charakterizoval/a svoj typ pleti?

Normálna Normálna až suchá Normálna až mastná Zmiešaná Suchá Mastná
 Citlivá Iné:

Všimli ste si v poslednom období zmeny vo farbe, štruktúre, alebo vzhľade pleti? Áno Nie

Ak áno, uveďte:

Aké sú Vaše hlavné ťažkosti týkajúce sa Vašej pokožky, alebo dôvody pre ktoré ste navštívil/a kozmetológa?

.....
.....
.....
.....

Čo presne očakávate od procedúr?

.....
.....
.....

Máte pocit, že sa Vás týkajú tieto problémy (označte všetky vyhovujúce políčka):

Akné Popraskané cievy Rozšírené póry Zjazvenie Strie Vrásky Ryhy
 Ochabnutie pokožky Fotostarnutie/Poškodenie slnkom Svetlé škvrny Tmavé škvrny
 Problémy s textúrou pokožky

Mali ste zmeny pigmentácie (zmeny farby kože, alebo tmavé/svetlé pigmentové škvrny)? Áno Nie

Ak áno, uveďte kedy sa pigmentácia objavila (vrátane veku a trvania):

Ak áno, došlo k pigmentovým zmenám v súvislosti s: Antibiotiká Tehotenstvo Lieky:

Antikonцепcia Slnčná expozícia Iné:

Mávajú na pleti „vyrážky“? Áno Nie

Ak áno, ako často? Týždenne 1x mesačne Niekoľkokrát ročne Zriedkavo / Nikdy

Ak áno, kde sa vyskytujú? Brada Sánka Líca Čelo Nos Krk Chrbát Hrudník

Ak áno, ako sa prejavujú? Čierne uhry Biele uhry Červené, zapálené uhry

Červené zapálené pupence s bielou hlavičkou Cysty – tvrdé pupence, ktoré nejdú vytlačiť

Mávajú niekedy na pleti: Pálenie Štípanie Začervenanie Citlivosť Zápal

Ak sú spúšťačom vyššie uvedených prejavov potravy, alebo produkty uveďte aké:

.....



Diagnostikovali Vám, alebo ste bol/a liečená na niektoré z nasledujúcich kožných chorôb?

- Akné Ekzém / Dermatitída Keloidné jazvy Psoriáza Sklerodermia Cysty
 Keratóza Pigmentácia Rozacea Iné:.....

Označte všetky produkty, ktoré používate vo svojej rutine - domácej starostlivosti o pleť:

- Čistiace mlieko/ gél / pena Značka:..... Denný krém Značka:.....
 Tonik Značka:..... Nočný krém Značka:.....
 Odličovač Značka:..... Očný krém Značka:.....
 Miceálna voda Značka:..... Sérum Značka:.....
 Peeling Značka:..... Frekvencia: Denne Týždenne Mesačne
 Ochrana proti slnku SPF:..... Značka:..... Frekvencia: Denne Keď si spomeniem Iba v lete
 Kyselina azelaová Kyselina glykolová Retin A Retinol Tretionín Iné:.....

Iba pre dámy:

- Aký je Váš menštruačný cyklus?** Pravidelný Nepravidelný Menopauza
Antikoncepcia: Áno Nie
Polycystické ováriá: Áno Nie
V súčasnosti prechádzate obdobím : Tehotenstvo Dojčenie Hormonálna substitučná liečba

Iba pre pánov:

- Aký systém holenia používate?** Žiletka Elektrický holiaci strojček Neholím sa
Ak sa holíte, objavuje sa u Vás: podráždenie vrastanie chĺpkov zvýšená citlivosť

Osobná anamnéza:

- Fajčíte?** Áno Nie Frekvencia/ Počet balíčkov:.....
Pijete alkohol? Áno Nie Frekvencia / Množstvo:.....
Cvičíte? Áno Nie Ako často?.....
Pijete kofeín denne? Áno Nie **Počet porcií za deň:** Čaj:..... Káva:..... Iné nápoje:.....
Pijete vodu denne? Áno Nie Orientačné množstvo:.....
Opalujete sa, alebo navštevujete solárium? Áno Nie Frekvencia:.....

Absolvoval/a ste niektorú z nasledujúcich terapií za posledných 12 mesiacov (označte všetky vyhovujúce možnosti)?

- Acuttane (Roacutane)/Isotretionin Dermálne výplne Botox Laserová epilácia
 Permanentný makeup Depilácia Hydrafacial Chirurgický zákrok Tetovanie
 Chemický peeling IPL/ LASER Mikrodermabrazia Laserový resurfacing

Upresnite typ ošetrenia:.....

A dátum posledného ošetrenia:.....

Lieková anamnéza:

Uveďte všetky lieky, ktoré v súčasnosti užívate (vrátane bylinných, voľne predajných, lokálnych, perorálnych a doplnkových):.....

Užívate v súčasnosti:

- Antibiotiká Protizápalové lieky Lieky na riedenie krvi Chemoterapia Kortikosteroidy Inzulín
 Imunoterapia Ožarovanie Imunosupresíva po transplantácii Topické krémy (Kyselina azelaová, Tretionín, Antibiotiká, Retinoidy etc.) Antidepresíva

Máte nejaké alergie na potraviny, alebo lieky? ? Áno Nie **Alergény:**.....



Mali ste niekde diagnostikovanú, alebo aktuálne máte:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autoimunitné ochorenie | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Zhoršenie hojenia rán | <input type="checkbox"/> Poruchy zrážanlivosti krvi |
| <input type="checkbox"/> Srdcovo-cievne choroby/ Hypertenzia | <input type="checkbox"/> Neuropatia | <input type="checkbox"/> Nádorové ochorenia | |
| <input type="checkbox"/> Problémy so štítnou žľazou | <input type="checkbox"/> Herpes vírus | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Astma |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Varixy | <input type="checkbox"/> Kovové implantáty | <input type="checkbox"/> Metabolické choroby <input type="checkbox"/> Šošovky |

Máte nejaké iné zdravotné problémy, ktoré nie sú uvedené vyššie?

Ak áno, uveďte ich:.....
.....
.....

Máte v súčasnosti niektorý z týchto problémov?

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Akútna infekcia (vírusová, bakteriálna, plesňová, kvasinková) | <input type="checkbox"/> Zápal | <input type="checkbox"/> Otvorené rany | | |
| <input type="checkbox"/> Mokvajúce rany | <input type="checkbox"/> Cievne lézie | <input type="checkbox"/> Bradavice | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Malignity (zhubné ochorenia) |
| <input type="checkbox"/> Aktívny herpes/ opar | | | | |

Potvrdzujem, že som dostal/a presné informácie a vysvetlenie o účele a povahe odporúčaných procedúr a porozumel/a som im. Boli mi dostatočne zodpovedané otázky súvisiace s profesionálnou a domácou starostlivosťou a porozumel/a som im. Vyhlasujem, že SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM (nehodiace sa preškrtnite) s metódami a technikami terapií (procedúr), ktoré mi boli navrhnuté.

Potvrdzujem, že beriem na vedomie a rozumiem tomu, že profesionálna a domáca starostlivosť môže mať vedľajšie účinky ako napr. začervenanie, zvýšená citlivosť, opuch, svrbenie, pálenie, alergiu a pod.

Potvrdzujem, že všetky informácie, ktoré som uviedol/a sú pravdivé a nič som nezamlčal/a. Som si vedomí/á, že môj ošetrojúci kozmetológ nezodpovedá za žiadne chyby a následky, ktoré sa môžu vyskytnúť v dôsledku zamlčania (neuviedenia) informácií, alebo uvedenia nesprávnych informácií v tomto formulári. Som si vedomí/á, že čiastočné, alebo úplné zatajenie údajov z formulára môže ovplyvniť výsledky terapie a/alebo nevedie k požadovaným výsledkom.

Preto svojim podpisom potvrdzujem, že sa vzdávam akýchkoľvek nárokov /náhrad voči.....(zamestnanci, riaditeľ firmy).

SÚHLASÍM/ NESÚHLASÍM (nehodiace sa preškrtnite) so zasielaním propagačných a marketingových informácií.

Dátum:.....

Meno klienta:.....Podpis klienta:.....

Meno kozmetológa:.....Podpis kozmetológa:.....



OSOBNÝ PLÁN KOZMETOLOGICKEJ STAROSTLIVOSTI

Meno: Dátum narodenia:

Tel. kontakt: E-mail: Dátum konzultácie:

Ciele Vašej starostlivosti:

.....
.....
.....

Odporúčané ošetrovanie/procedúry:

Typ procedúry:	Frekvencia:	Celkový počet procedúr:

Dnes vykonané procedúry:

Nasledujúca návšteva/ procedúra bude potrebná o:

.....Dní Týždne Mesiace

Váš nasledujúci termín je: P, UT, STR, ŠTV, PIA, SO, NE Dátum: Čas:

Plán nasledujúcej terapie:

.....
.....

Odporúčané produkty pre domácu starostlivosť:

Frekvencia aplikácie:

Čistenie: Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Tonizácia: Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Peeling: Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Denný krém: Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Nočný krém: Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Očný krém: Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby



Sérum:..... Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Maska 1:..... Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Maska 2:..... Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Lokálne ošetrovanie:..... Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Slnecná ochrana SPF:..... Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Ošetrovanie krku a dekoltu:..... Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Iné:..... Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Iné:..... Ráno Večer Denne Týždenne Mesačne Podľa potreby

Odporúčania k životnému štýlu:

.....
.....
.....
.....

Odporúčania k starostlivosti o telo:

Telo:

Ruky:

Nohy:

Lakte, kolená:

Pery:

Poznámky:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dátum:.....

Meno klienta:..... Podpis klienta:.....

Meno kozmetológa:..... Podpis kozmetológa:.....



INFORMOVANÝ SÚHLAS

Svojím podpisom potvrdzujem, že dávam súhlasna vykonanie týchto procedúr:.....

Potvrdzujem, som bol/a informovaný/á o účele, povahe, kontraindikáciách, následkoch a rizikách procedúr/ošetrovania a na základe toho som sa rozhodol/a dobrovoľne podstúpiť uvedené procedúry/ ošetrovania. Uvedomujem si tiež, že neexistujú žiadne zaručené výsledky a že výsledky závisia od veku, stavu pokožky, dodržiavania odporúčanej domácej starostlivosti a životného štýlu. Preto existuje možnosť, že pre dosiahnutie očakávaných výsledkov bude potrebné absolvovať ďalšie spoplatnené procedúry.

Prečítal/a som si pokyny pre domácu starostlivosť a rozumiem im. Chápem dôležitosť dodržiavania všetkých pokynov a odporúčaní, ktoré mi boli poskytnuté. V prípade, že budem mať ďalšie otázky, alebo pochybnosti či obavy týkajúce sa môjho ošetrovania príp. navrhovanej domácej starostlivosti, okamžite sa poradím s kozmetičkou.

Potvrdzujem, že beriem na vedomie a rozumiem tomu, že profesionálna a domáca starostlivosť môže mať vedľajšie účinky ako napr. začervenanie, zvýšená citlivosť, opuch, svrbenie, pálenie, alergiu a pod.

Podľa môjho najlepšieho vedomia som tiež podal/a presný popis svojho zdravotného stavu vrátane všetkých známych alergií, liekov na predpis, výživových doplnkov, alebo produktov, ktoré v súčasnosti užívam príp. používam lokálne.

Potvrdzujem, že všetky informácie, ktoré som uviedol/a sú pravdivé a nič som nezamlčal/a. Som si vedomí/á, že môj ošetrojúci kozmetológ nezodpovedá za žiadne chyby a následky, ktoré sa môžu vyskytnúť v dôsledku zamlčania (neuvedenia) informácií, alebo uvedenia nesprávnych informácií. Som si vedomí/á, že čiastočné, alebo úplné zatajenie údajov z formulára môže ovplyvniť výsledky terapie a/alebo nevedie k požadovaným výsledkom.

Preto svojim podpisom potvrdzujem, že sa vzdávam akýchkoľvek nárokov /náhrad voči.....(zamestnanci, riaditeľ firmy).

Potvrdzujem, že som rozhodol/a bez nátlaku a s dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas.

Dátum:.....

Meno klienta:.....Podpis klienta:.....

Meno kozmetológa:.....Podpis kozmetológa:.....



KARTOTÉČNY ZÁZNAM KLIENTA

OSOBNÉ ÚDAJE:

Meno: Dátum narodenia:

Bydlisko:

Povolanie: Tel: E-mail:

(Pracovné prostredie): Odkiaľ má informácie o salóne:

ANAMNÉZA:

Zdravotný stav a prípadné alergie:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Srdcovo-cievne choroby | <input type="checkbox"/> Kardiostimulátor | <input type="checkbox"/> Zmeny funkcie štítnej žľazy | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Autoimunitné choroby | <input type="checkbox"/> Hormonálne potiaže | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Kovové implantáty |
| <input type="checkbox"/> Malígne choroby kože a i. | <input type="checkbox"/> Recidívy herpes symplex | <input type="checkbox"/> Hemofília porucha zráž. krvi | <input type="checkbox"/> Varixy |
| <input type="checkbox"/> Klaustrofóbia | <input type="checkbox"/> Fajčenie – počet/deň..... | <input type="checkbox"/> Šošovky | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Metabolické | <input type="checkbox"/> Neurologické | <input type="checkbox"/> Časté migrény | <input type="checkbox"/> Sinusitídy |
| <input type="checkbox"/> Chemoterapia | <input type="checkbox"/> Depresie | | |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Lokalizácia..... | | |

Alergény:

Iné choroby:

Užívané lieky:

Užívané potravinové doplnky:

Kožné choroby, ktoré sa vyskytli u rodičov:

Gynekologický status: Gravidita od..... Laktácia Menopauza Polycystické ovária
 Endometrióza Iné:

U mužov:

Spôsob holenia:

Podráždenie po holení: áno nie

Vrastanie chĺpkov: áno nie

Životný štýl:

Strava:

Pitný režim:

Pohyb:

Spánok:

Zlozvyky a závislosti:

Úroveň stresu (1-10): Denná expozícia UV žiarenia (koľko času): SPF:

Domáce prostredie:

Forma opaľovania: iba slnko iba solárium slnko a solárium neopaľuje sa

Absolvované plastické operácie:

Korekcia vrások implantátmi:

Iné zákroky estetickej medicíny:

Tetovanie/Permanentný makeup: Dátum: Lokalita:

Doterajšia starostlivosť o pleť:

v salóne pravidelne – občas doma pravidelne - občas

Doteraz používané prípravky:

Makeup:

Koľko času venuje starostlivosti o pleť denne:

Posledné kozmetické ošetrenie: Dátum: Typ ošetrenia:

Doterajšie skúsenosti so službami v salónoch:

.....

 Aké sú očakávania klienta:.....

Problém s ktorým klient prišiel:.....

AKTUÁLNY STAV PLETI: Dátum diagnostiky:

Premastenie	Tonus a turgor	Vrásky	Reaktivita	Fotoreaktivita
<input type="checkbox"/> normolipická	<input type="checkbox"/> normotonická	<input type="checkbox"/> žiadne	<input type="checkbox"/> normergická	<input type="checkbox"/> E - erytém
<input type="checkbox"/> sebostatická	<input type="checkbox"/> hypotonická	<input type="checkbox"/> mimické	<input type="checkbox"/> hyperergická	<input type="checkbox"/> EP – erytém - pigmentácia
<input type="checkbox"/> seborrhoická	<input type="checkbox"/> atonická	<input type="checkbox"/> senilné	<input type="checkbox"/> alergická	<input type="checkbox"/> P-pigmentácia
<input type="checkbox"/> dysseborrhoická	<input type="checkbox"/> menopauzálna pl.			<input type="checkbox"/> Fototyp I.-II.-III.-IV. -V.-IV.

Vzhľad	Prekrvenie	Očné okolie
<input type="checkbox"/> jemný	<input type="checkbox"/> normálne	<input type="checkbox"/> opuchy <input type="checkbox"/> jasná farba
<input type="checkbox"/> pergamenový	<input type="checkbox"/> zvýšené	<input type="checkbox"/> vačky vodnaté <input type="checkbox"/> tmná farba
<input type="checkbox"/> sqamózny	<input type="checkbox"/> znížené	<input type="checkbox"/> vačky tvrdé <input type="checkbox"/> červenkastá farba <input type="checkbox"/> sivá farba
<input type="checkbox"/> zhrubnutý až drsný	<input type="checkbox"/> nerovnomerné	<input type="checkbox"/> tmavé kruhy <input type="checkbox"/> fialkasté sfarbenie <input type="checkbox"/> žltkasté sfarbenie
<input type="checkbox"/> hyperkeratóza		

- Hydratácia:** normálna hydratácia dehydratácia hyperhydróza
 Glogau škála: I. - II. - III. -IV.
 Morfologický typ starnutia: Unavený Povrchové vrásky Deformačný Maskulínny Zmiešaný
 Rubinova klasifikácia starnutia: I. stupeň II. Stupeň III. stupeň

Ostatné kožné prejavy

<input type="checkbox"/> nápadná bledosť	<input type="checkbox"/> komedóny	<input type="checkbox"/> pehy	<input type="checkbox"/> veruky obyčajné
<input type="checkbox"/> teleangiektázie	<input type="checkbox"/> pustuly	<input type="checkbox"/> hyperpigmentácie	<input type="checkbox"/> veruky ploché
<input type="checkbox"/> kuperóza	<input type="checkbox"/> papuly	<input type="checkbox"/> depigmentácie	<input type="checkbox"/> veruky senilné
<input type="checkbox"/> rozacea	<input type="checkbox"/> mlie	<input type="checkbox"/> névy pigmentové	<input type="checkbox"/> veruky seborrhoické
<input type="checkbox"/> névy z krvných ciev	<input type="checkbox"/> xantelazmy	<input type="checkbox"/> dysplastické névy	<input type="checkbox"/> senilné keratózy
<input type="checkbox"/> atrofické jazvy	<input type="checkbox"/> jemné chĺpky	<input type="checkbox"/> hirzutizmus	<input type="checkbox"/> solárne lentigo
<input type="checkbox"/> hypertrofické jazvy	<input type="checkbox"/> tvrdé chĺpky	<input type="checkbox"/> ojedinelé ochĺpenie	<input type="checkbox"/> melazma
<input type="checkbox"/> keloidné jazvy	<input type="checkbox"/> hypertrichóza	<input type="checkbox"/> lokalizácia.....	
<input type="checkbox"/> strie	<input type="checkbox"/> cellulita	<input type="checkbox"/> padanie vlasov	<input type="checkbox"/> onychomykóza nechtov
<input type="checkbox"/> kožné ochorenia:			

DIAGNÓZA:

.....



DOPORUČENÁ ZÁKLADNÁ STAROSTLIVOSŤ:

➤ RANNÉ OŠETRENIE

- čistenie:
- tonizácia:
- ochrana:
- očné okolie:

VEČERNÉ OŠETRENIE

➤ DOPLNKOVÁ STAROSTLIVOSŤ

➤ SEZÓNNE PRÍPRAVKY

➤ ODPORÚČANIA K ŽIVOTNÉMU ŠTÝLU

➤ NAVRHOVANÝ PROGRAM PROFI OŠETRENÍ

➤ POZNÁMKY (čo má, alebo nemá rada,)

EVIDENCIA KOZMETICKÉHO OŠETRENIA:

Dátum	Typ ošetrenia	Kozmetické prípravky	Poznámky	Ostatné bonusy predaj body



ZAKRESLITE LOKALIZÁCIU ZISTENÝCH ODCHÝLOK

www.akademiaprofesionalnejkozmetologie.sk

Možno sa Vám zíde....

ONLINE WEBINÁR



AKO SPRÁVNE UROBIŤ VSTUPNÚ KONZULTÁCIU S KLIENTKOU V KOZMETICKOM SALÓNE

Zaujala Vás táto téma? Na online webinári si prejdeme vstupnú konzultáciu do detailov. Dozviete sa informácie o tom ako viesť konzultáciu tak, aby bola kozmetická terapia pre klienta bezpečná a prinášala výsledky, zvýšila sa Vaša dôveryhodnosť a profesionalita v očiach klienta, zvýšili ste príjem z predaja domácej starostlivosti i profesionálnych ošetrovaní u vás v salóne a mnoho ďalšieho.

A keďže máme šialený apríl, tak webinár od nás získate za ozaj uletenú cenu 9 Eur namiesto ~~49 Eur~~

Pre viac informácií nám napíšte
na akademia@apk-zv.sk





ĎAKUJEM VÁM!

Dúfam, že diagnostické a konzultačné formuláre budú pre Vás prínosom a konzultácia sa stane Vašou obľúbenou činnosťou.

Budem rada, ak mi dáte spätnú väzbu!

Zuzana Vargicová



AKADEMIA@APK-ZV.SK

WWW.AKADEMIAPROFESIONALNEJKOZMETOLOGIE.SK