



YUSKISS

Карта клиента №1

Ф.И.О. клиента:

Дата рождения:

Номер телефона:

Откуда обо мне узнали:

Отметьте факторы, применяемые к Вам:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Аллергия | <input type="checkbox"/> Беременность |
| <input type="checkbox"/> Низкий болевой порог | <input type="checkbox"/> Эпилепсия |
| <input type="checkbox"/> ВИЧ | <input type="checkbox"/> Сахарный диабет |
| <input type="checkbox"/> Прием гормональных препаратов | |

Процедуры, которые проводились ранее:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Бритва | <input type="checkbox"/> Электроэпиляция |
| <input type="checkbox"/> Лазерная/Фото эпиляция | <input type="checkbox"/> Депиляция |

Шугаринг не рекомендуется:

- На коже имеются ожоги, открытые раны, раздражения
- На коже имеются объемные родинки
- Значительное снижение свертываемости крови
- Если планируете загар в течение 2–3 дней после процедуры
- Любое вирусное заболевание, находящееся в острой стадии

Подпись: _____

Дата: _____