

Konsultationskort Dermaplaning

Jag, _____ ger mitt samtycke till att
dermaplaning utförs av _____.

Dermaplaning är en fysisk peeling som tar bort döda hudceller och vellushår i ansiktet. Denna form av peeling mjukar upp huden och gör att produkter som används ger får en förbättrad absorption som ökar deras effektivitet och fördelar mot åldrande. .

Jag förstår att det finns kontraindikationer för denna behandling, inklusive men inte begränsat till diabetes, cancer, aktiv akne, blödningsstörningar och oförmågan för blod att koagulera efter skada.

Vissa läkemedel inklusive blodförtunnande medel, högre doser av aspirin och roaccutane/Isotretioin är kontraindicerade för denna behandling på grund av ökad känslighet och / eller risken för fördröjd koagulation från ett sår eller snitt.

Jag intygar att jag inte tar något av ovanstående läkemedel eller upplever något av ovanstående tillstånd.

Behandlingen, riskerna och kontraindikationerna har förklarats för mig. Jag förstår att denna behandling innebär användning av ett specialiserat dermaplaning skalpellblad för att ta bort döda hudceller och vellushår. Precis som vid användning av vassa instrument finns det risk för skador. Medan alla försiktighetsåtgärder vidtas förstår jag riskerna och samtycket i att få behandling idag.'

Namn- _____

Datum: _____



Behandlingskort:

Medicinsk historia? Ja/ Nej

Signerat kundkort? Ja/ Nej

Innan/efter bild? Ja/ Nej

Hudanalys: _____

Tjänst(er) utförda: _____

Behandlat område: Ansikte/ Hals/ Dekoltage

Produkter som används i behandling:

Rengöring: _____

Prep/Mist: _____

Exfoliering:

Peeling/ Dermaplaning /Microdermabrasion/ Enzyme Peel/ Annat::

Peel: _____ # av lager: _____ Tid: _____

Brännande/stickande (1-10): _____

Portömning: Ja/ Nej

Kommentar: _____

Mask: Ja/ Nej

Kommentar: _____

Andra behandlingar: Ånga/ MicroCurrent/ LED / MicroNeedling /

Högfrekvens/ Galvanic/ Oxygen Infusion /HydraFacial/

Annat: _____

Avslutande produkter

Serum: _____

Ögonkräm: _____

Fuktkräm: _____

SPF: _____

Anteckningar: _____

Produkt Rekommendation: _____

Nästa behandling: _____

Resultat: _____

Terapeut: _____



DERMAPLANE
-PRO-
INTERNATIONAL

