



INFO

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

KONTAKT







KARTA KLIENTKY

LASH LIFTING

JMÉNO

.....

Pozn.

☐

ANAMNÉZA

- ALERGIE

Projevy - kde

Alergeny -

- Srdečně-cévní problémy ☐ ANO ☐ NE
- Hormonální potíže ☐ ANO ☐ NE
- Změny štítné žlázy ☐ ANO ☐ NE
- Autoimunitní onemocnění ☐ ANO ☐ NE
- Cukrovka ☐ ANO ☐ NE
- Jiná onemocnění

AKTUÁLNÍ STAV

- Tvar a hustota

☐ Přirozené ☐ Řídké ☐ Nerovnoměrné ☐ Poničené ☐ Chybí řasy

- Barva

☐ Světlé ☐ Středně hnědé ☐ Tmavé ☐ Šedivé ☐ Nejednotná

- Předchozí úpravy

☐ Barvení ☐ Žádné ☐ Permanent ☐ Laminace

- Použitá značka

.....

- Problémy při stylingu

☐ Citlivá kůže ☐ Zarudnutí ☐ Vyrážka ☐ Otoky ☐ Nic

CÍLE A OČEKÁVÁNÍ

- Jaký výsledek klientka očekává

☐ Přirozený vzhled ☐ Zahuštění ☐ Výrazný ☐ Bez barvy

- Vybraná metoda úpravy

☐ Kočička ☐ Sluníčko ☐ Přirozené ☐ Rovné

- Poznámka