



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