



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 úravy

☐ Kočička ☐ Sluníčko ☐ Přirozené ☐ Rovné

• Poznámka