



Scheda Valutazione Cliente & Informazioni Anagrafiche

Nome e Cognome:	Telefono	Sesso
Data di Nascita:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Zona interessata al Trattamento:		

Informazioni Sullo Stato Di Salute

	SI	NO
Età Adolescente		
Gravidanza		
Diabete		
Malattie venose agli arti inferiori (vene varicose)		
Epilessia		
Allergie cutanee		
Nevi o Cicatrici da trattare		
Precedenti Trattamenti di epilazione con luce pulsata o laser		
Assume farmaci? Quali?		
Altro (specificare):		

Informazioni Generiche

	SI	NO
Presenza di peli in zone particolari		
Ciclo mestruale regolare / Menopausa		
Uso di creme depilatorie / Rasoio		
Patologie ormonali (ipofisi, ovaio, ecc.)		
Uso pillola anticoncezionale (anche a scopo terapeutico)		
Presenza di microcisti nel follicolo		
Acne in zona parolabiale o mentoniera		
Pregressa assunzione di anabolizzanti e/o cortisonici (ultimi 6 mesi)		

Informazioni Su Foto Esposizione

Ultima esposizione al sole	
Ultima esposizione a lampade abbronzanti	

Colore del pelo: Biondo Nero Castano chiaro Rosso Castano scuro Bianco

Densità del pelo sulle zone da trattare: Rado Folto Normale

Tipologia di Pelo: Sottile Normale Grosso

Fototipo: 1 2 3 4 5 6

Soggetto: Normotipo Androgeno Irsuto Ipertricotico

Tipo di Pelle: Secca Grassa Normale

Sarà mia cura avvertire tempestivamente eventuali variazioni, inoltre autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge sulla privacy nr.657/96.

Data:

Firma: