

FIȘĂ DE CONSIMȚĂMÂNT PENTRU APLICAREA EXTENSIILOR DE GENE

Lash Artist: _____

Telefon: _____

Data: ____ / ____ / ____

DATE CLIENTĂ

Nume și prenume: _____

Telefon: _____

Email (opțional): _____

DECLARAȚIE DE SĂNĂTATE

Bifați dacă este cazul:

- Nu am alergii cunoscute
- Am alergii (specificați): _____
- Am avut reacții alergice la produse cosmetice
- Am ochi sensibili / lăcrimare excesivă
- Port lentile de contact
- Am afecțiuni oculare (blefarită, conjunctivită, infecții etc.)
- Sunt însărcinată

Observații suplimentare:

INFORMARE ȘI CONSIMȚĂMÂNT

Declar că am fost informată despre procedura de aplicare a extensiilor de gene, inclusiv despre:

- durata procedurii
- întreținerea și retenția extensiilor
- posibilele riscuri (iritații, reacții alergice, cădere prematură)
- necesitatea respectării instrucțiunilor de îngrijire

Înțeleg că rezultatul poate varia în funcție de tipul genelor naturale, stilul de viață și îngrijirea ulterioară.

Sunt de acord cu aplicarea extensiilor de gene și îmi asum responsabilitatea respectării recomandărilor oferite de lash artist.

CONFIRMARE ȘI SEMNĂTURĂ CLIENTĂ

Confirm că informațiile oferite sunt reale și complete.

Semnătură clientă: _____

Data: ____ / ____ / ____

SEMNĂTURĂ LASH ARTIST

Nume: _____

Semnătură: _____

NOTĂ IMPORTANTĂ

Procedura poate fi refuzată dacă lash artistul consideră că aplicarea extensiilor poate afecta sănătatea ochilor sau a genelor naturale.