

Имя специалиста: _____

Имя:	Род деятельности:	Контакты:	TEL
	Дата рождения:		MAIL

Адрес проживания:	Оповещения: <input type="checkbox"/> получать по e-mail <input type="checkbox"/> не получать
-------------------	---

Что послужило причиной посещения нашего специалиста?	<input type="checkbox"/> официальный сайт салона	<input type="checkbox"/> рекомендация (_____)
	<input type="checkbox"/> поиск в интернете/соц сети	<input type="checkbox"/> другое (_____)

Пожалуйста отметьте подходящие ответы:

Хотите ли вы провести патч-тест на аллергию?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Оцените ваше состояние сегодня:	<input type="checkbox"/> хорошее <input type="checkbox"/> среднее <input type="checkbox"/> плохое
--	---	---------------------------------	---

Цель сегодняшнего посещения специалиста <small>*можете выбрать несколько вариантов</small>	<input type="checkbox"/> релаксация	<input type="checkbox"/> уход за кожей	<input type="checkbox"/> антивозрастной уход	<input type="checkbox"/> улучшение общего физического состояния
	<input type="checkbox"/> детокс	<input type="checkbox"/> уход за волосами	<input type="checkbox"/> восстановление после болезни	<input type="checkbox"/> прочее (_____)
	<input type="checkbox"/> похудение	<input type="checkbox"/> уход за кожей головы		

Есть ли у вас аллергия?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да подробнее:
-------------------------	---

Переносили ли заболевания в тяжелой форме или серьезные операции в прошлом?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да подробнее:
---	---

Беременны ли вы или кормите грудью на данный момент?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да (<input type="checkbox"/> беременна: срок в неделях (_____); <input type="checkbox"/> кормлю грудью)
--	---

Принимаете ли вы какие-либо лекарственные препараты на данный момент?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да подробнее:
---	---

Расскажите о вашем режиме сна	Среднее количество часов сна: _____	Занимаетесь ли вы спортом?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, (_____) раз в неделю
-------------------------------	-------------------------------------	----------------------------	---

Лечение дерматологических заболеваний	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да подробнее:	Пластические операции:	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да подробнее:
---------------------------------------	--	------------------------	--

Сколько вы потребляете воды?	_____ литров в день	Употребляете ли вы алкоголь?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, _____ мл в день
------------------------------	---------------------	------------------------------	--

Отметьте имеющиеся симптомы <small>*можете выбрать несколько вариантов</small>	<input type="checkbox"/> запор	<input type="checkbox"/> боль в мышцах	<input type="checkbox"/> головная боль	<input type="checkbox"/> скованность в шее
	<input type="checkbox"/> диарея	<input type="checkbox"/> боль в спине	<input type="checkbox"/> повышенное давление	<input type="checkbox"/> напряжение в глазах
	<input type="checkbox"/> зябкость	<input type="checkbox"/> нервозность	<input type="checkbox"/> пониженное давление	<input type="checkbox"/> нерегулярные месячные
	<input type="checkbox"/> отеки	<input type="checkbox"/> бессонница	<input type="checkbox"/> скованность в плечах	<input type="checkbox"/> менструальная боль
	<input type="checkbox"/> менопауза	<input type="checkbox"/> прочее (_____)		

Отметьте имеющиеся симптомы кожи <small>*можете выбрать несколько вариантов</small>	<input type="checkbox"/> пигментные пятна	<input type="checkbox"/> носогубные складки	<input type="checkbox"/> прыщи	<input type="checkbox"/> прочее: _____
	<input type="checkbox"/> веснушки	<input type="checkbox"/> дряблость	<input type="checkbox"/> открытые поры	_____
	<input type="checkbox"/> морщины	<input type="checkbox"/> тусклость	<input type="checkbox"/> огрубение кожи	_____

Отметьте имеющиеся проблемы с волосами <small>*можете выбрать несколько вариантов</small>	<input type="checkbox"/> перхоть	<input type="checkbox"/> сухость	<input type="checkbox"/> отсутствие объёма	<input type="checkbox"/> отсутствие блеска	<input type="checkbox"/> седина
	<input type="checkbox"/> зуд	<input type="checkbox"/> выпадение волос	<input type="checkbox"/> чрезмерный объём	<input type="checkbox"/> тонкие волосы	<input type="checkbox"/> ломкие волосы
	<input type="checkbox"/> запах	<input type="checkbox"/> редкие волосы	<input type="checkbox"/> щетина	<input type="checkbox"/> прочее: _____	
	<input type="checkbox"/> липкость	<input type="checkbox"/> покраснение	<input type="checkbox"/> вьющиеся волосы	_____	

Расскажите о вашем повседневном уходе за кожей <small>*можете выбрать несколько вариантов</small>	утро:	<input type="checkbox"/> умывание	<input type="checkbox"/> скраб	<input type="checkbox"/> лосьон	<input type="checkbox"/> молочко	<input type="checkbox"/> эссенция	<input type="checkbox"/> маска	<input type="checkbox"/> крем
		<input type="checkbox"/> прочее (_____)						
	вечер:	<input type="checkbox"/> очищение	<input type="checkbox"/> умывание	<input type="checkbox"/> скраб	<input type="checkbox"/> лосьон	<input type="checkbox"/> молочко	<input type="checkbox"/> эссенция	<input type="checkbox"/> маска
		<input type="checkbox"/> крем	<input type="checkbox"/> прочее (_____)					

Носите ли вы контактные линзы?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да (<input type="checkbox"/> жесткие, <input type="checkbox"/> мягкие)
--------------------------------	---

Как вы сегодня хотите провести время? <small>*можете выбрать несколько вариантов</small>	<input type="checkbox"/> хочу провести время в тишине	<input type="checkbox"/> хочу расслабиться
	<input type="checkbox"/> хочу услышать рекомендации по уходу	<input type="checkbox"/> хочу поспать
	<input type="checkbox"/> хочу насладиться приятными запахами	<input type="checkbox"/> прочее (_____)

В нашем салоне не проводятся какие-либо медицинские процедуры или процедуры с целью лечения. Я согласен на передачу данных для проведения процедуры.	Дата: _____	Подпись: _____
--	-------------	----------------