# Karta klienta

Kosmetologia: dane, wywiad, zgody, przebieg zabiegów i zalecenia

Gabinet: _____ Nr karty: _____ Data założenia: _____

## 1. Dane klienta

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Telefon: _____

E-mail: _____

Preferowany kontakt: ☐ SMS ☐ e-mail ☐ telefon

Uwagi organizacyjne: _____

## 2. Wywiad i przeciwwskazania

Wypełnia osoba wykonująca zabieg. Zbieraj tylko te dane o zdrowiu, które są potrzebne do bezpiecznego wykonania zabiegu.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Alergie (na preparaty, lateks, metale, inne) | ☐ nie | ☐ tak, jakie: | |
| Ciąża lub karmienie piersią | ☐ nie | ☐ tak, jakie: | |
| Choroby skóry lub zmiany w miejscu zabiegu | ☐ nie | ☐ tak, jakie: | |
| Stale przyjmowane leki lub preparaty | ☐ nie | ☐ tak, jakie: | |
| Wcześniejsze zabiegi i reakcje po nich | ☐ nie | ☐ tak, jakie: | |
| Inne ważne informacje | ☐ nie | ☐ tak, jakie: | |

Przeciwwskazania i uwagi osoby wykonującej zabieg: _____

## 3. Zgody klienta

☐ Zgoda na wykonanie zabiegu (osobny dokument, data: .....)

☐ Zgoda na kontakt SMS lub e-mail w sprawie wizyt

☐ Zgoda na zdjęcia przed i po zabiegu (dokumentacja gabinetu)

☐ Zgoda na użycie zdjęć w materiałach promocyjnych (dobrowolna)

_____ _____

Data i podpis klienta Data i podpis osoby wykonującej zabieg

**Dane osobowe (RODO)**

Ta karta zawiera dane osobowe, w tym dane o zdrowiu. Administrator danych: ..... (nazwa i kontakt gabinetu). Cel: prowadzenie dokumentacji zabiegów i bezpieczne wykonanie usługi. Okres przechowywania i podstawę prawną ustala administrator zgodnie z przepisami. Przed wypełnieniem karty przekaż klientowi klauzulę informacyjną i przechowuj kartę w miejscu niedostępnym dla osób nieupoważnionych. Wzór jest ogólny, nie zastępuje porady prawnej: dostosuj go do swojego gabinetu.

# Karta klienta: ciąg dalszy

Imię i nazwisko klienta: ..... Nr karty: .....

## 4. Przebieg zabiegów

| Data | Zabieg, okolica | Preparaty, parametry | Obserwacje, reakcje | Podpis |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 5. Zalecenia po zabiegu

Data kontroli lub kolejnej wizyty: _____ Zalecenia przekazano (data): _____

Wzór ogólny, bez danych osobowych. Udostępnia Asystio, asystio.pl. Kartę klienta i dokumenty zabiegowe możesz prowadzić też w Asystio.