

SCHEMA CLIENTE ESTETICA

1) DATI ANAGRAFICI

Nome: _____
Cognome: _____
Data di nascita: _____
Età: _____
Codice fiscale: _____
Professione: _____
Indirizzo (via, n., città, CAP): _____
Data prima visita: _____
Operatore di prima visita: _____

2) RECAPITI

Telefono fisso: _____
Cellulare: _____
Email: _____
Canale preferito di contatto (telefono/SMS/email/altro): _____

3) INFORMAZIONI SANITARIE / ANAMNESI

Medico di riferimento: _____
Patologie croniche: _____
Farmaci in uso: _____
Allergie (alimentari, farmaci, cosmetici): _____
Sensibilità cutanee (es. rosacea, acne, couperose): _____
Interventi chirurgici recenti: _____
Gravidanza/allattamento: Sì _____ No _____
Controindicazioni note ai trattamenti estetici: _____
Note mediche aggiuntive: _____

4) OBIETTIVI ESTETICI E PREFERENZE

Obiettivi del cliente (es. rimodellamento, anti-età, depilazione, unghie): _____
Trattamenti desiderati/priorità: _____
Giorni/orari preferiti per appuntamenti: _____
Operatori preferiti: _____
Prodotti cosmetici preferiti/da evitare: _____
Stile di vita (fumo, esposizione solare, attività sportiva): _____

5) STORICO TRATTAMENTI (indicare date, note e risultati)

Depilazione: _____
Ceretta: _____
Epilazione laser: _____
Massaggi: _____
Trattamenti viso (tipo e data): _____
Trattamenti corpo (tipo e data): _____
Manicure: _____

Pedicure: _____
Ricostruzione unghie: _____
Make-up/prove trucco: _____
Lampade/solarium: _____
Altri trattamenti: _____
Note sullo storico trattamenti: _____

6) DATI COMMERCIALI

Pacchetti/abbonamenti attivi: _____
Scadenza abbonamenti: _____
Punti fedeltà: _____
Prodotti acquistati/consigliati: _____
Metodo di pagamento preferito: _____
Storico acquisti (prodotti e date): _____

7) MISURAZIONI E DOCUMENTAZIONE VISIVA

Peso: _____
Altezza: _____
Circonferenza vita: _____
Circonferenza fianchi: _____
Altre misurazioni rilevanti: _____
Foto iniziali (date): _____ Foto successive (date): _____
Valutazione visiva / inestetismi (descrizione): _____
Mappa corpo/viso (segni, macchie, cicatrici, zone critiche): _____
Eventuali grafici/annotazioni tecniche: _____

8) PROGRAMMA TRATTAMENTI / PERCORSO CONSIGLIATO

Trattamento 1 (nome): _____ Data prevista: _____ Operatore: _____
Note: _____
Trattamento 2 (nome): _____ Data prevista: _____ Operatore: _____
Note: _____
Prodotti domiciliari consigliati: _____
Frequenza consigliata: _____
Obiettivi intermedi e indicatori di progresso: _____

9) CONSENSI E PRIVACY

Consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 e GDPR): Sì _____ No _____

Consenso all'utilizzo di fotografie per monitoraggio (uso interno): Sì _____ No _____

Consenso all'utilizzo di fotografie per marketing (es. social, sito): Sì _____ No _____

Note su restrizioni alla comunicazione/promozioni: _____

Firma cliente: _____ Data: _____

10) REGISTRO SEDUTE (compilare dopo ogni sessione)

Data: _____
Trattamento eseguito: _____
Operatore: _____
Prodotti utilizzati: _____
Durata: _____
Reazioni avverse/controindicazioni emerse: _____
Esito/valutazione operatore: _____
Foto scattata: Sì _____ No _____
Prossimo appuntamento: _____
Note: _____

11) MONITORAGGIO E FOLLOW-UP

Valutazione progressi (data): _____
Risultati raggiunti: _____
Modifiche al piano di trattamento: _____
Interventi consigliati: _____
Richiami/contatti di follow-up: _____

12) NOTE GENERALI E OSSESSIONI SPECIALI

Note aggiuntive (preferenze personali, problematiche sensoriali, ecc.): _____
Segnalazioni operative per lo staff (es. accessibilità, privacy, attenzioni particolari):

Aggiornare la scheda dopo ogni sessione.