SCHEDA CLIENTE - TRATTAMENTI CORPO

Sezione 1 - Dati anagrafici e contatti
Nome e cognome: _____
Data di nascita (gg/mm/aaaa): _____
Indirizzo: _____
Città / CAP: _____
Telefono (cellulare): _____
Telefono (abitazione): _____
Email: _____
Professione: _____
Contatto emergenza (nome e telefono):
_____

Consenso privacy (GDPR)
Dichiaro di aver ricevuto l'informativa sulla privacy e autorizzo il trattamento dei miei dati per finalità di prestazione dei servizi estetici: Sì ___ No ___
Firma cliente: _____ Data:
_____

Sezione 2 - Anamnesi e stato di salute (focus corpo)
Stato generale di salute: _____
Patologie croniche rilevanti (es. problemi circolatori, cardiaci, linfatici, diabete, trombosi, ecc.):
_____
Allergie note (cosmetici, principi attivi, nichel, alimenti, medicinali):
_____
Farmaci in uso (includere anticoagulanti, cortisone, vasocostrittori, ecc.):
_____
Gravidanza in corso: Sì ___ No ___ Allattamento: Sì ___ No ___
Dispositivi medici (pacemaker, protesi, placche metalliche, ecc.):
_____
Interventi chirurgici recenti (specificare data e tipo):
_____
Controindicazioni note a massaggi/trattamenti (es. trombosi, varici gravi, ferite aperte, infezioni): _____
Altre informazioni mediche rilevanti: _____

Sezione 3 - Analisi estetica specifica del corpo
Peso (kg): _____ Altezza (cm): _____ BMI (calcolato):
_____
Misure/circonferenze (indicare lato destro/sinistro se rilevante):
- Vita: _____ cm
- Addome (ombelico): _____ cm
- Fianchi/glutei: _____ cm
- Coscia (superiore): _____ cm
- Polpaccio: _____ cm

- Braccio (gomito/spalla): _____ cm
Altri parametri misurati (es. pliche, % massa grassa se disponibile):
_____

Tipo di pelle del corpo (secca, normale, mista, sensibile, con tendenza a macchie, ecc.):
_____
Inestetismi localizzati (indicare grado: nessuno / lieve / moderato / grave)
- Cellulite: _____ Zona/e: _____
- Adiposità localizzate: _____ Zona/e:
_____
- Rilassamento tessuti: _____ Zona/e:
_____
- Ritenzione idrica/edema: _____ Zona/e:
_____
- Smagliature: _____ Zona/e:
_____
- Capillari evidenti/teleangectasie: _____ Zona/e:
_____
- Altri inestetismi: _____ Zona/e:
_____

Mappa corpo (segnare/descrivere aree critiche e prioritarie):
_____
Foto documentazione (PRIMA): Data: _____ File/Codice: _____
Foto documentazione (FOLLOW-UP): Data: _____ File/Codice:
_____

Sezione 4 - Obiettivi, aspettative e stile di vita
Obiettivi estetici dichiarati (es. tonificazione, riduzione cm, miglioramento cellulite, drenaggio, rimodellamento): _____
Zone critiche indicate dal cliente: _____
Priorità risultati (1 = più importante): 1) _____ 2) _____ 3) _____
Aspettative temporali (quando il cliente vorrebbe ottenere risultati):
_____

Stile di vita e abitudini
- Attività fisica (tipo e frequenza): _____
- Alimentazione (abitudini rilevanti, diete in corso):
_____
- Ore giornaliere sedentarie/lavoro (es. ore seduto):
_____
- Fumo: Sì ___ No ___ N. sigarette/giorno: _____
- Consumo alcol: Sì ___ No ___ Frequenza/quantità:
_____

Sezione 5 - Storico trattamenti e protocolli

Registro trattamenti (compilare per ogni seduta)
Data: _____ Trattamento eseguito: _____ Area: _____
Operatore: _____ Durata: _____ min Prodotti utilizzati: _____
Macchinario utilizzato (marca/modello): _____
Reazioni/effetti avversi osservati: _____
Risultati osservati / note cliente: _____

Data: _____ Trattamento eseguito: _____ Area: _____
Operatore: _____ Durata: _____ min Prodotti utilizzati: _____
Macchinario utilizzato (marca/modello): _____
Reazioni/effetti avversi osservati: _____
Risultati osservati / note cliente: _____

(Spazio per ulteriori registrazioni)
_____
_____

Protocollo corpo in corso
Data inizio protocollo: _____ Numero sedute previste: _____ Frequenza sedute: _____
Obiettivi intermedi: _____
Controllo andamento / check-up programmati (date): _____
Valutazione progresso (misure, note): _____

Protocollo domiciliare consigliato
Prodotti prescritti (creme, oli, sieri): _____
Integratori consigliati (se pertinente): _____
Routine domiciliare (modalità e frequenza applicazione): _____
Note per il cliente (precauzioni, sospensioni prima delle sedute, ecc.): _____

Sezione 6 - Preferenze personali e comfort
Giorni/Orari preferiti per appuntamenti: _____
Temperatura ambiente preferita: _____
Musica / genere preferito: _____
Aromi/profumi preferiti / da evitare: _____
Tipologia di massaggio preferita (leggero / medio / intenso):

_____
Note sul comfort (sensibilità a caldo/freddo, pudore, posizioni preferite, ecc.):
_____

Sezione 7 - Moduli accessori / consensi specifici
Consenso informato per trattamenti con macchinari: Dichiaro di aver ricevuto spiegazioni sui rischi e benefici e autorizzo l'esecuzione di trattamenti con macchinari estetici: Sì ___ No ___
Firma cliente: _____ Data: _____

Consenso per foto "prima e dopo" (uso interno / marketing)
Autorizzo l'utilizzo delle mie immagini per: (barrare/scivere preferenze)
- Uso interno/percorso clinico: Sì ___ No ___
- Uso promozionale/marketing (anonymizzato / con mio consenso esplicito): Sì ___ No ___
Eventuali limitazioni: _____
Firma cliente: _____ Data: _____

Consenso per patch test (se richiesto)
Autorizzo l'esecuzione di patch test per valutare tolleranza a prodotti/attivi: Sì ___ No ___
Firma cliente: _____ Data: _____

Sezione 8 - Obiettivo professionale e note operative (per l'operatore)
Valutazione professionale iniziale e piano consigliato:
_____
Trattamenti raccomandati e sequenza proposta:
_____
Precauzioni/controindicazioni da rispettare:
_____
Materiali/prodotti/macchinari da evitare:
_____
Note operative / istruzioni per il personale:
_____

Sezione 9 - Monitoraggio e follow-up
Prossimo appuntamento (data/ora): _____
Controlli programmati (date): _____
Risultati attesi e indicatori di successo (es. riduzione cm, miglioramento grado cellulite):
_____
Valutazione finale / outcome (da compilare al termine del percorso):
_____

Spazio per firme
Firma cliente (presa visione e consenso generale ai trattamenti):
_____ Data: _____

Firma operatore (visita/consulenza effettuata):
_____ Data: _____

Documenti allegati (barrare e indicare data)
- Informativa privacy: Sì ___ No ___ Data consegna: _____
- Consenso informato macchinari: Sì ___ No ___ Data: _____
- Autorizzazione foto: Sì ___ No ___ Data: _____
- Patch test eseguito: Sì ___ No ___ Data: _____

Note aggiuntive / Annotazioni libere:
_____
_____
_____
_____
_____
_____