

SCHEMA CLIENTE MANICURE

Dati personali

Nome e cognome: _____
Data di nascita: _____
Codice fiscale: _____
Documento d'identità (tipo e numero): _____
Telefono: _____
Email: _____
Indirizzo: _____
Professione: _____
Contatto emergenza (nome e telefono): _____

Dati sanitari e anamnesi

Medico di base (nome e recapito): _____
Allergie note (farmaci, cosmetici, lattice, altri): _____
Reazioni o sensibilità specifiche a prodotti per unghie (gel, acrilico, colla, smalto, ecc.):

Assunzione di farmaci rilevanti (anticoagulanti, cortisone, chemioterapici, altri):

Patologie rilevanti (diabete, problemi circolatori, epilessia, gravidanza, altre): _____
Problemi cutanei/ungueali attuali (onicomicosi, dermatiti, ragadi, infezioni, onicofagia, altre):

Interventi chirurgici recenti o terapie in corso: _____
Prodotti o sostanze da evitare per motivi medici o personali: _____

Storia dei trattamenti unghie

Ultimo trattamento unghie (data): _____
Tipo di ultimo trattamento (semipermanente, ricostruzione, gel, acrilico, manicure classica, altro): _____
Salone/operatore dell'ultimo trattamento: _____

Preferenze estetiche e richieste

Tipo di trattamento richiesto: _____
Forma unghie preferita (rettangolare, squoval, tonda, mandorla, stiletto, altro): _____
Lunghezza desiderata: _____
Colore/effetto preferito: _____
Decorazioni o richieste particolari (nail art, strass, french, ecc.): _____
Frequenza visite desiderata/consigliata: _____

Consensi e privacy

Ho ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR) e acconsento al trattamento dei miei dati per finalità connesse ai servizi estetici e alla gestione amministrativa: Firma cliente _____ Data _____
Autorizzo l'utilizzo di fotografie per archiviazione interna: _____
Autorizzo l'utilizzo di fotografie per portfolio e materiale promozionale (specificare eventuali

limiti): _____ Firma cliente _____ Data _____

Dichiarazione cliente

Dichiaro che le informazioni fornite sono complete e veritiere. Mi impegno a comunicare eventuali variazioni del mio stato di salute o terapie in corso prima di futuri trattamenti: Firma cliente _____ Data _____

Registro trattamenti (da compilare a ogni seduta)

1) Data: _____ Trattamento effettuato: _____ Prodotti utilizzati:

_____ Note operative: _____

2) Data: _____ Trattamento effettuato: _____ Prodotti utilizzati:

_____ Note operative: _____

3) Data: _____ Trattamento effettuato: _____ Prodotti utilizzati:

_____ Note operative: _____

Note generali / Indicazioni per operatore

Operatore esecutore

Nome operatore: _____

Qualifica / certificazione: _____

Firma operatore: _____

Data: _____