

Kunduppgifter

Kundens namn

Födelsedatum

Telefonnummer

Adress

Email

Fyll i om du har något eller några av nedanstående

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Smittsam blodsjukdom | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> Latexallergi/andra allergier |
| <input type="checkbox"/> Rinnande ögon | <input type="checkbox"/> Aktuell medicinering |
| <input type="checkbox"/> Torra ögon | <input type="checkbox"/> Förkyld/influensa |
| <input type="checkbox"/> Blefarit | <input type="checkbox"/> Gravid |
| <input type="checkbox"/> Konjunktivits | <input type="checkbox"/> Ammar |
| <input type="checkbox"/> Trichotillomania | <input type="checkbox"/> Pågående menstruation |

Datum för senaste behandling

____ / ____ / _____ ____ / ____ / _____ ____ / ____ / _____
Fransförlängning Lash Lift/Brow Lift Frans/ögonbrynsfärgning

Signature

Härmed godkänner jag som kund, att jag tagit del av informationen gällande skötselråd samt risker med allergier. Jag godkänner att bilder på mina ögon och ögonbryn publiceras i sociala medier av min fransstylist.

Namnteckning

Datum

Datum

____ / ____ / ____

Behandling 1

YumiLashes/YumiBrows

____ / ____ / ____

Behandling 2

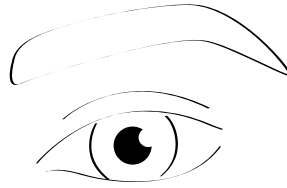
YumiLashes/YumiBrows

____ / ____ / ____

Behandling 3

YumiLashes/YumiBrows

Kundens ögon



Ögonens form

Hängande ögonlock

Kraftig brynben

Fransarnas växtriktning

Naturlig böj

Övrig information

Tid

LE LIFT

LE FIX

FÄRG

LE SERUM

Storlek & färg

Silikonform storlek

Fransfärg/Brynfärg