

# CENTRO AUTORIZZATO

## SCHEDA CLIENTE



THE  
THERMIC  
VIBE



THE  
BEAUTY  
VIBE

Cliente

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

-

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

## OBIETTIVO

---

---

---

---

## ANAMNESI del CLIENTE

### INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE/STILE DI VITA

<b>Alimentazione:</b>	<hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare
<b>Quantità di liquidi giornalieri:</b>	Quantità giornaliera:	<hr/>
<b>Sport/Movimento</b>	Quante volte alla settimana	<hr/>
<b>Digestione/ Funzione intestinale</b>	<hr/> <hr/>	<hr/>
<b>Fumo</b>	Quantità giornaliera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Qualità del sonno</b>	----- -----	----- -----
<b>Diabete</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Malattie venose agli arti inferiori</b>	<input type="checkbox"/> Si. Quale? _____	<input type="checkbox"/> No
<b>Allergie cutanee</b>	<input type="checkbox"/> Si. Quale? _____	<input type="checkbox"/> No
<b>Malattie arteriose</b>	<input type="checkbox"/> Si. Quale? _____	<input type="checkbox"/> No
<b>Stress</b>	<input type="checkbox"/> Si Da 1 a 10	<input type="checkbox"/> No
<b>Assume farmaci?</b>	<input type="checkbox"/> Si. Quale? _____	<input type="checkbox"/> No
<b>Ciclo Mestruale</b>	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Irregolare
<b>Patologie ormonali (ipofisi, ovaio, surrea)</b>	<input type="checkbox"/> Si. Quale? _____	



**INFORMAZIONI CORPO**

<b>Cellulite:</b>	<input type="checkbox"/> Edematosa	<input type="checkbox"/> Fibrosa						
<b>Dolenzia:</b>	<input type="checkbox"/> Provocata	<input type="checkbox"/> Spontanea						
	<input type="checkbox"/> Ginocchia	<input type="checkbox"/> Cosce	<input type="checkbox"/> Glutei					
	<input type="checkbox"/> Presenza di Capillari							
<b>Adiposità</b>	<input type="checkbox"/> Modesta	<input type="checkbox"/> Accentuata						
<b>Localizzazioni</b>	<input type="checkbox"/> Arti Inf.	<input type="checkbox"/> Glutei	<input type="checkbox"/> Addome	<input type="checkbox"/> Arti Sup.				
<b>Rilassamento tessuti:</b>	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Modesto	<input type="checkbox"/> Elevato					
<b>Rilassamento muscolare:</b>	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Modesto	<input type="checkbox"/> Elevato					
<b>Rilassamento seno:</b>	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Modesto	<input type="checkbox"/> Elevato					
<b>Smagliature:</b>	<input type="checkbox"/> Rosate	<input type="checkbox"/> Biancastre						
<b>Localizzazioni:</b>	<input type="checkbox"/> Coscia	<input type="checkbox"/> Glutei	<input type="checkbox"/> Addome	<input type="checkbox"/> Seno	<input type="checkbox"/> Arti Sup.			

**Tabella Misure**

<b>DATE</b>								
<b>Nr. Sedute</b>	1°	—	—	—	—	—	—	—
<b>Altezza [cm]</b>								
<b>Tipologia Morfologica</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nervosa</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Linfatica</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Biliosa</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sanguigna</b>
<b>Peso (Kg)</b>								
<b>BMI</b>								
<b>Braccio (sx/dx)</b>	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Seno</b>	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Vita</b>	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Addome</b>	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Coscia (sx/dx)</b>	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Ginocchio (sx/dx)</b>	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Polpaccio (sx/dx)</b>	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Caviglia (sx/dx)</b>	/	/	/	/	/	/	/	/

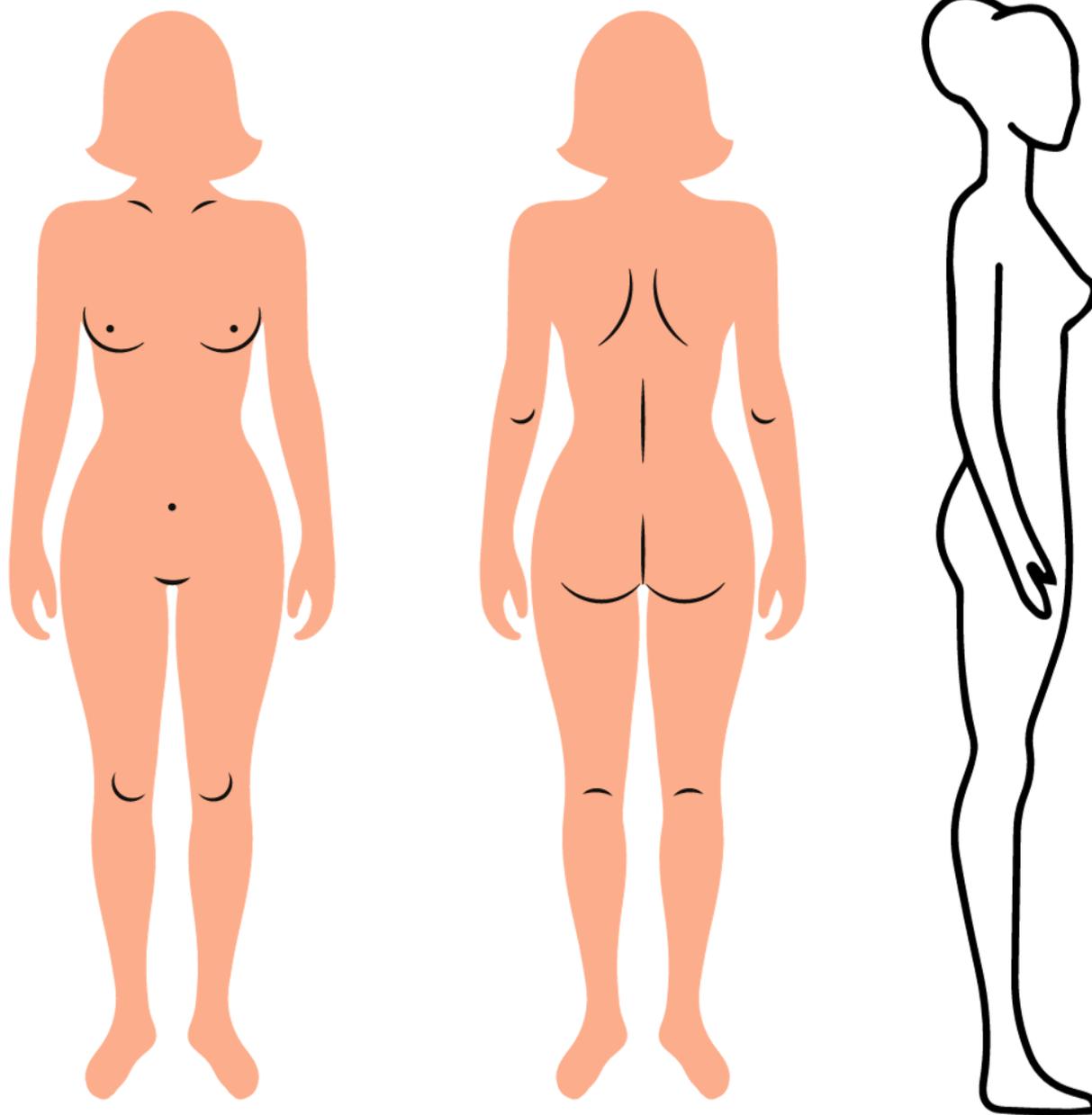
**PROTOCOLLO  
PROPOSTO**

---



---

*POSIZIONAMENTO INIZIALE TRASDUTTORI*





Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in vista del trattamento estetico sopra indicato conferma di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura e sugli effetti conosciuti dell'intervento richiesto e di seguito descritto. Il consenso è personale e non delegabile ai familiari (se non per minori o soggetti a tutela).

La tecnologia Vibra th eroga vibrazione ed energia termica controllata esogena che consentono di trattare alcuni inestetismi del corpo umano. La tecnologia Vibra b eroga solo vibrazioni.

**INDICAZIONI VISO**

- Ringiovanimento
- Rassodamento
- Rimodellamento dell'ovale
- Ripristino trama e luminosità cutanea

**INDICAZIONI CORPO**

- Rimodellamento
- Rassodamento
- Tonificazione
- Elasticità cutanea
- Drenaggio

**INDICAZIONI CORPO**

- Trattamento Cellulite
- Trattamento Adiposità Localizzata
- Reossigenazione tessuti profondi
- Riattivazione metabolismo basale
- Defaticante schiena e arti

linfatico

**CONTROINDICAZIONI**

- donne in stato interessante o in fase di allattamento (possibile in situazioni normali e su indicazione/consenso del medico curante)
- infezioni cutanee attive
- areriopatie obliteranti
- coagulopatie e sclerodermie
- neoplasie in atto (possibile solo su indicazione/consenso del medico curante)

**Non sono noti effetti collaterali, il cliente dopo la seduta può tornare alle normali attività sociali e lavorative.**

Dichiaro di avere le seguenti malattie e di aver sofferto dei seguenti disturbi

.....

Sono di norma necessarie più sedute (di solito da 6 a 10 per il viso e 10/15 per il corpo) e nel tempo sono necessarie sedute di mantenimento.

I risultati non sono definitivi ma sono da considerarsi un aiuto per migliorare l'inestetismo presentato.

Le procedure ed i mezzi utilizzati sono quelli che allo stato attuale vengono riconosciuti i più idonei da un punto di vista medico-scientifico.

Dichiaro comunque di non essere in gravidanza e di essere allergica alle seguenti sostanze:

.....

**Confermo di aver letto e aver compreso quanto sopra. Confermo di aver avuto la possibilità di porre tutte le domande che ritenevo necessarie. Preso atto della situazione illustrata, accetto il trattamento estetico proposto. Accetto che i miei dati saranno trattati come da regolamento dell'Istituto di Bellezza e comunque in conformità al Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e agli articoli GDPR gestiti in questo istituto.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in vista del trattamento estetico sopra indicato conferma di essere stato/a esaurientemente informato/a sulla natura e sugli effetti conosciuti dell'intervento richiesto e di seguito descritto. Il consenso è personale e non delegabile ai familiari (se non per minori o soggetti a tutela).

La tecnologia Vibra th eroga vibrazione ed energia termica controllata esogena che consentono di trattare alcuni inestetismi del corpo umano. La tecnologia Vibra b eroga solo vibrazioni.

**INDICAZIONI VISO**

- Ringiovanimento
- Rassodamento
- Rimodellamento dell'ovale
- Ripristino trama e luminosità cutanea

**INDICAZIONI CORPO**

- Rimodellamento
- Rassodamento
- Tonificazione
- Elasticità cutanea
- Drenaggio

**INDICAZIONI CORPO**

- Trattamento Cellulite
- Trattamento Adiposità Localizzata
- Reossigenazione tessuti profondi
- Riattivazione metabolismo basale
- Defaticante schiena e arti

**CONTROINDICAZIONI**

infezioni cutanee attive

- coagulopatie e sclerodermie

linfatico

- donne in stato interessante o in fase di allattamento (possibile in situazioni normali e su indicazione/consenso del medico curante)

- arteriopatie obliteranti

- neoplasie in atto (possibile solo su indicazione/consenso del medico curante)

**Non sono noti effetti collaterali, il cliente dopo la seduta può tornare alle normali attività sociali e lavorative.**

Dichiaro di avere le seguenti malattie e di aver sofferto dei seguenti disturbi

.....

Sono di norma necessarie più sedute (di solito da 6 a 10 per il viso e 10/15 per il corpo) e nel tempo sono necessarie sedute di mantenimento.

I risultati non sono definitivi ma sono da considerarsi un aiuto per migliorare l'inestetismo presentato.

Le procedure ed i mezzi utilizzati sono quelli che allo stato attuale vengono riconosciuti i più idonei da un punto di vista medico-scientifico.

Dichiaro comunque di non essere in gravidanza e di essere allergica alle seguenti sostanze:

.....

**Confermo di aver letto e aver compreso quanto sopra. Confermo di aver avuto la possibilità di porre tutte le domande che ritenevo necessarie. Preso atto della situazione illustrata, accetto il trattamento estetico proposto. Accetto che i miei dati saranno trattati come da regolamento dell'Istituto di Bellezza e comunque in conformità al Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e agli articoli GDPR gestiti in questo istituto.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

TIMBRO ISTITUTO \_\_\_\_\_



**Do Well Technologies SA**  
Via Grumo 10, Centro GTL  
CH - 6929 Gravesano  
Tel./Fax. +41 91 22 55 283  
[www.dowelltechnologies.ch](http://www.dowelltechnologies.ch)