

# Questionnaire clientèle

(je le fais remplir et signer avant la première séance)

Avant le début du traitement j'ai été pleinement informé(e) sur la méthode de maquillage employée par Beauty Lines : méthode Long Time Liner Conture® Make-Up.

Après présentation et explication de la méthode, la linergiste® trace les contours souhaités.

Je surveille l'évolution du dessin tracé aux crayons dans le miroir.

Pendant la séance, j'ai la possibilité d'indiquer des corrections sur la forme et la couleur.

J'ai été informé(e) que des gonflements et rougeurs peuvent apparaître. Celles-ci diminuent après 1 à 3h. Sur certaines peaux sensibles l'œdème peut persister jusqu'au lendemain.

Pendant les 10 jours qui suivent je dois utiliser la crème conseillée par la linergiste®. Elle permettra la durabilité et l'uniformité de ma pigmentation.

Je suis informé(e) que l'intensité de la couleur diminue fortement à partir du 5<sup>ème</sup> jour suivant la première séance, (perte de couleur de 40 à 60% selon les peaux). Une deuxième séance comprise dans le tarif de départ devra être faite minimum 10 jours après la première séance. Cette retouche est comprise dans les deux mois qui suivent mon premier rendez-vous. Je pourrai apprécier le rendu final de mon maquillage une fois la retouche faite.

La méthode de pigmentation peut être appliquée dans certaines conditions (certificat médical) avec des hémophiles et des diabétiques.

La méthode de pigmentation n'est pas appliquée en cas de maladies infectieuses.

Sur demande, un test d'allergie peut être établi 48h à l'avance.

Les personnes sujettes à l'Herpès labiale doivent prendre obligatoirement leur traitement (en comprimés) pour la pigmentation des lèvres, la veille ou le jour même et ce durant 5 jours.

Je certifie avoir lu et approuvé les informations ci-dessus.

## Questionnaire :

Avez-vous des allergies ? Si oui lesquelles ? oui , non

.....

Avez-vous un système immunitaire faible ? oui , non

Avez-vous du diabète ? oui , non

Avez-vous des problèmes au cœur ? oui , non

Avez-vous eu une chimiothérapie ces dernières années ? oui , non

Avez-vous de l'Herpès ? oui , non

Etes vous hémophile ? oui , non

Êtes vous enceinte ? oui , non

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? oui , non

Avez-vous pris de l'aspirine aujourd'hui ? oui , non

Avez-vous l'hépatite C  
Avez-vous le SIDA ?  
Êtes vous en bonne santé ?

oui , non  
oui , non  
oui , non

Date et signature :