

Plan kozmetične nege telesa

IME in PRIIMEK dijakinje/izvajalke:	Razred:
-------------------------------------	---------

Ime in priimek:	Starost:
-----------------	----------

Naslov/telefon:

Poklic:

Zdravstvene težave: Alergije (kozmetika, zdravila, drugo): Sladkorna bolezen: DA NE Krčne žile: DA NE Zdravila:	Posebnosti, opombe:
---	---------------------

Št. nosečnosti/otrok: Višina: m Teža: kg ITM: kg/m ²
--

Kozmetični izdelki, ki jih stranka uporablja doma:

PREHRAMBENE NAVADE: _____

FIZIČNA AKTIVNOST: _____

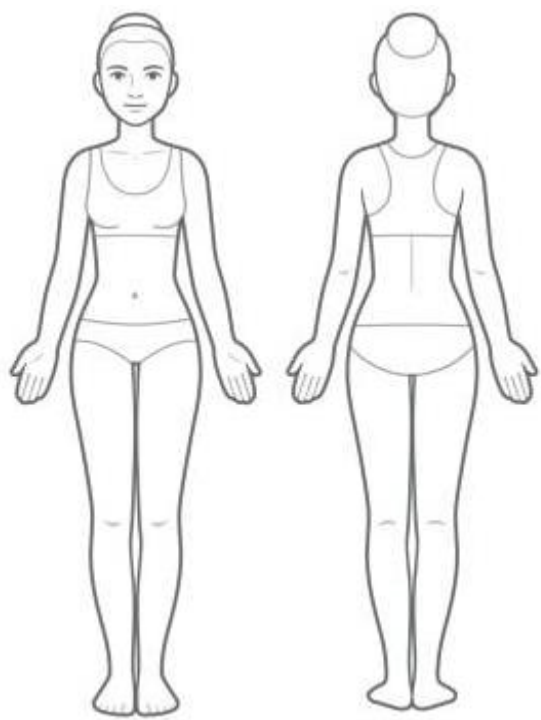
TIP POSTAVE:

- Ginoidni (ženski-hruška) Androidni (moški- jabolko)

KONSTITUCIJSKI TIP

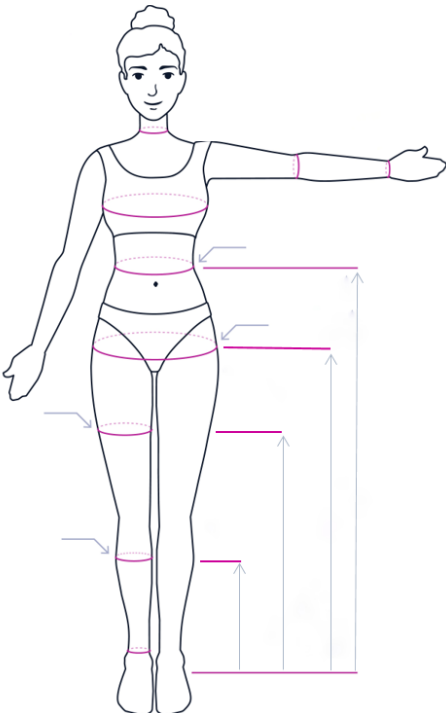
- Endomorfni (počasen metabolizem, hitro se zredi)
 Ektomorfni (hiter metabolizem, težko se zredi)
 Mezomorfni (šporni tip)

Opombe:

	<p>PROBLEMATIČNI PREDELI</p> <p>Maščobe: (m)</p> <p>Strije: (s)</p> <p>Celulit: (c)</p> <p>Tonus: (t)</p> <p>Druge kožne spremembe: (rane, brazgotine, bradavice, krčne žile...)</p>
---	---

MIŠIČNI TONUS				STANJE CELULITA			
	DOBER	PRIMEREN	SLAB/OSLABLJEN	1.stopnja	2.stopnja	3.stopnja	4.stopnja
ROKE							
NOGE							
TREBUH							
HRBET							

MERITVE:

	Datum merjenja	Mesto merjenja	Pred tretmajem	Po tretmaju

KOZMETIČNO NEGOVALNI PROBLEM:	CILJ KOZMETIČNE NEGE:

Izbrani kozmetični tretma: _____

NAČRT DELA:

1.	6.	11.	16.
2.	7.	12.	17.
3.	8.	13.	18.
4.	9.	14.	19.
5.	10.	15.	20.

Linija kozmetičnih izdelkov: _____

POTEK DELA OZ. ZAPOREDJE POSTOPKOV:

Posebnosti, opombe:

VREDNOTENJE:

SVETOVANJE STRANKI – PODALJŠANA NEGA DOMA:

PONOVNI OBISK SALONA: _____

Datum: _____

Podpis izvajalke storitve: _____