

<http://lucianabrasileiro.tripod.com>

FICHA DE ANAMNESE CAPILAR

Nome do Cliente:	
Endereço:	
Telefone:	CEP:
Data de Nascimento: / /	Indicado por:

1. Alimentação
() FRUTAS () LEGUMES () VERDURAS
DIARIAMENTE

2. Quantos copos de líquido ingere por dia? _____

3. Problemas de Saúde
() Coração () Diabetes discompensada () Câncer () Alergia () Marca-passo
() Pressão alta discompensada () Neurológicos () Cirurgia nos últimos seis meses
() Stress () Ginecológico grave () Tireóide () Renal Grave () Outros

4. Cabelo
a) Química nos últimos seis meses? () f) Psoríase? ()
b) Queda acima de 80 fios diários? () g) Feridas? ()
c) Caspa seca ou úmida? () h) Triconicose? ()
d) Seborréia? () I) Pediculose? ()
e) Toma muito Sol? () J) Tricoptilose? ()

5. Tratamento indicado pelo Terapeuta Capilar e N° de aplicações.

6. Aspecto do cabelo e couro cabeludo.

7. Manutenção indicada pelo Terapeuta Capilar.

Termo de Responsabilidade

As declarações acima são expressões da verdade, não cabendo ao terapeuta a responsabilidade por fatos omitidos ou falsos.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura reconhecida do cliente

Terapeuta responsável