

Diagnostic Head Spa



1. Informations personnelles

- Nom :
- Prénom :
- Âge :
- Sexe :
- Adresse email :
- Numéro de téléphone :

2. Antécédents médicaux

- Avez-vous des problèmes de santé actuels ou passés ?
 OUI NON

Si oui, veuillez les préciser :

- Prenez-vous actuellement des médicaments ?
 OUI NON

Si oui, lesquels ?

- Avez-vous des allergies connues, y compris aux huiles essentielles ?
 OUI NON

Si oui, merci de préciser :

- Êtes-vous asthmatique ?
 OUI NON

- Avez-vous des migraines ?
 OUI NON

- Êtes-vous épileptique ?
 OUI NON

- Avez-vous ou avez-vous eu un cancer ?

OUI NON

Si oui, il y a combien de temps ?

- Avez-vous des problèmes artériels ?

OUI NON

- Avez-vous du psoriasis/eczéma/dermatite ?

OUI NON

- Avez-vous subi une greffe de cheveux, ou opération du cuir chevelu ?

OUI NON

- Êtes-vous enceinte ?

OUI NON

- Êtes-vous âgé de 18 ans ou plus ?

OUI NON

3. Objectifs et préoccupations

- Quelles sont vos principales raisons de vouloir bénéficier d'un traitement de Head Spa ?

- Pour une relaxation et une détente
- Pour traiter un problème du cuir chevelu

- Avez-vous des zones spécifiques de tension ou d'inconfort dans le cuir chevelu, le visage, la nuque/épaules ou la mâchoire ?

OUI NON

Si oui, merci de préciser :

4. Expérience antérieure

- Avez-vous déjà reçu un traitement de Head Spa ou un massage du cuir chevelu auparavant ?

OUI NON

Si oui, avez-vous été conquis ?

OUI NON

5. Mode de vie et habitudes

- Êtes-vous stressé ?

OUI NON

6. Autorisation de prise de vidéos et de photos

- Autorisez-vous la prise de vidéos et de photos pendant votre traitement de Head Spa ? Ces médias peuvent être utilisés à des fins promotionnelles sur nos plateformes en ligne. (Oui/Non)

OUI NON

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire ! Vos réponses seront traitées de manière confidentielle et nous permettront de personnaliser votre expérience de Head Spa pour vous offrir un traitement adapté à vos besoins spécifiques.

Date :

Lieu :

Signature :