

SKJEMA FOR ALLERGISKE REAKSJONER. Dette skal fylles ut ved en mistenkt allergisk reaksjon (fylles ut av **klinikk**, så utfyllende som mulig) og sendes pr e-post til info@exuviance.no

Kontakt informasjon, navn, kjønn, alder på kunden.	
Hvilket produkt er mistenkt for å forårsake reaksjonen?	
Når begynte produktet å brukes? (dato)	
Når sluttet en å bruke produktet? (dato)	
Når oppstod reaksjonen? (dato) Spesifiser når reaksjonen oppstod, etter eks antall dager eller etter antall påføringer. Legg ved bilde.	
Gi en detaljert beskrivelse av reaksjon.	
Når stoppet symptomene? Ble produktet/-ene prøvd igjen?	
Har kunden vært hos lege for undersøkelse av reaksjonen? Evt diagnose, uttalelse av lege? Legg ved dokumentasjon fra lege.	
Presiser hvilke øvrige hudpleie-produkter kunden brukte når gjeldene reaksjon oppstod (alle produkter). Inklusiv fra andre hudpleiemerker!	
Har kunden tidligere brukt Exuviance produkter? Hvor lenge?	
Hva gjordes for å lindre problemet, hvor langt i etterkant av oppstått reaksjon?	
Har kunden fått/kombinert produktet med andre typer behandlinger/produkter innen 2 måneder tilbake i tid, om ja, hvilke og når?	
Finnes det noen medisinsk bakgrunn hos kunden, medisiner, allergier etc?	
Er huden tilbake i sin normale tilstand? (dato)	
Hindret reaksjonen kunden i å arbeide eller utføre andre aktiviteter?	
Øvrig viktig informasjon.	

Klinikk : _____

Kundenr: _____ Navn,terapeut: _____

Dato og Sted: _____