

פרטים אישיים:

שם מלא: _____ ת"ז _____

טלפון: _____ נייד: _____

תאריך לידה: _____ מקצוע: _____

דוא"ל: _____

כתובת: _____

אנמנזה רפואית:

האם עברת בעבר טיפול של הזרקות אסתטיקה? לא | כן פרט: _____

האם את בהריון? לא | כן

האם את מניקה? לא | כן

האם אתה נוטלת תרופות באופן קבוע? לא | כן פרט: _____

האם אתה חולה במחלה כרונית? לא | כן פרט: _____

האם אתה סובלת מאלרגיות? לא | כן פרט: _____

האם אתה סובלת או סבלת מהרפס? לא | כן פרט: _____

האם את/ה מעשן/נת לא | כן מספר סיגריות ביום: _____

האם את/ה מרבה להיות חשוף/פה לשמש לא | כן מספר שעות ביום: _____

האם את/ה מרבה בפעילות גופנית אינטנסיבית לא/כן מספר הפעמים בשבוע ומשך: _____

מה היית רוצה לשפר: _____

הסכמת המטופל:

בחתמתי ההני מצהירה כי הפרטים אשר מולאו בגיליון זה מולאו על ידי והינם נכונים.

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____