



Jeśli tak to ile upłynęło czasu od tych zabiegów?: .....

Czy poddawała się Pani operacjom plastycznym w obrębie twarzy, szyi i dekoltu? TAK NIE

Jeżeli tak to kiedy i jakim? .....

Opryszczka ( aktywna lub przebyta) : TAK NIE

Inne stany zapalne ( np.: okołozębowe, przeziębienie, gorączka): TAK NIE

Nietypowe znamiona barwnikowe w obrębie pola zabiegowego: .....

.....

Liczne znamiona różnego typu w polu zabiegowym:.....

Występowanie w org. metalowych implantów (np. rozrusznik serca, aparat ortodontyczny)

.....

Dokumentacja fotograficzna twarzy przed zabiegiem: TAK NIE

Data wizyty: .....

Data wykonania zabiegu SkinShooter: .....

Osoba wykonująca zabieg: .....

Zabiegi poprzedzające: .....

Zalecenia pielęgnacji domowej: .....

Termin kolejnej wizyty: .....

UWAGI: .....

Wszystkie informacje, które przekazałam /em w wywiadzie są prawdziwe. Zostałam/em poinformowana/y o przebiegu zabiegu, efektach terapii i świadomie wyraziłam zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

Data i czytelny podpis klienta: .....

*Przekazane informacje stanowią tajemnicę i nie będą udostępniane osobom trzecim.*