



PROF. JEFFRY KASHUK

FACIAL AESTHETICS & SURGERY

שאלון רפואי

שם מלא: _____ ת"ז _____

טלפון: _____ נייד: _____

תאריך לידה: _____

דוא"ל: _____

כתובת: _____

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/ות כרוניות? לא \ כן פרט: _____

האם אתה סובלת מאלרגיות? לא \ כן פרט: _____

הסכמת המטופל:

בחתמתי ההני מצהיר/ה כי הפרטים אשר מולאו בגיליון זה מולאו על ידי והינם נכונים.

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

חוות דעת רופא:

אזור הטיפול	שם חומר	כמות חומר	מחיר	הערות