

FORMULAR CLINIC

Data curentă _____ Vârsta _____

Nume _____ Prenume _____

Localitatea de reședință _____ Județul / țara de reședință _____

Număr telefon _____ Adresă e-mail _____

Cum ați aflat de noi (internet, recomandare personală, etc.) _____

Ce problemă de piele sau tratament de piele doriți să aduceți astăzi aici?

Culoarea naturală a părului _____ Culoarea naturală a ochilor _____

Opțional, pentru determinarea tipului de piele și a tratamentului adecvat: Vă cunoașteți specificul etnic al pielii dumneavoastră ? ●DA ●NU Dacă da, vă rugăm menționați _____

Aveți în prezent o afecțiune medicală despre care doriți să ne informați ? ●DA ●NU

Dacă da, vă rugăm menționați _____

Luați în prezent medicamente sau suplimente nutritive în mod zilnic ? ●DA ●NU

Dacă da, vă rugăm menționați _____

Aveți alergii la anumite medicamente, latex sau alte substanțe ? ●DA ●NU

Dacă da, vă rugăm menționați _____

Ați luat isotretinoin în ultimele 6 luni ? ●DA ●NU

Ați folosit produse care conțin retinol în ultima lună ? ●DA ●NU Dacă

da, vă rugăm menționați tipul și numele lor

Ați luat anticoagulante (inclusiv aspirină) în ultimele 14 zile ? ●DA ●NU

Aveți în istoricul medical erupții cutanate cauzate de frig, febră, Herpes I sau II ? ●DA ●NU Dacă

da, vă rugăm menționați când a avut loc ultima erupție _____

(Pentru persoanele de sex feminin) Sunteți sau credeți că sunteți însărcinată? ●DA ●NU

- (Pentru persoanele de sex feminin) Ciclurile dvs. menstruale sunt regulate ? ●DA ●NU
- Aveți un istoric de hipopigmentare sau hiperpigmentare ? ●DA ●NU ●NU ȘTIU
- Aveți un istoric de cicatrizare keloidă ? ●DA ●NU ●NU ȘTIU
- Ați făcut în trecut tratamente de piele de tipul microdermabraziunii, exfolieri chimice, injecții de tip „filler”,
fototerapie laser ? ●DA ●NU Dacă da, vă
rugăm menționați _____
- Folosiți produse de îngrijire a pielii de grad medical în prezent ? ●DA ●NU Dacă da, vă
rugăm menționați _____
- Aveți make-up permanent sau tatuaje ? ●DA ●NU Dacă
da, vă rugăm menționați locațiile lor _____
- Ați avut expunere naturală la soare (plajă, muncă în aer liber) în ultimele 4-6 săptămâni, inclusiv paturi de
bronzare artificială, creme autobronzante sau bronzare artificială tip spray ? ●DA ●NU Dacă
da, vă rugăm menționați care dintre ele se aplică _____

Care sunt obiectivele pe care doriți să le obțineți pentru pielea dvs. ?

Vă rugăm să bifați oricare dintre cele menționate mai jos, care credeți că se aplică pielii

dumneavoastră: ●Normală ● Uscată ● Uleioasă ●Acneică ● Pori măriți ● Melasma
● Hiperpigmentare ● Hipopigmentare ● Capilare sparte

Semnătura _____