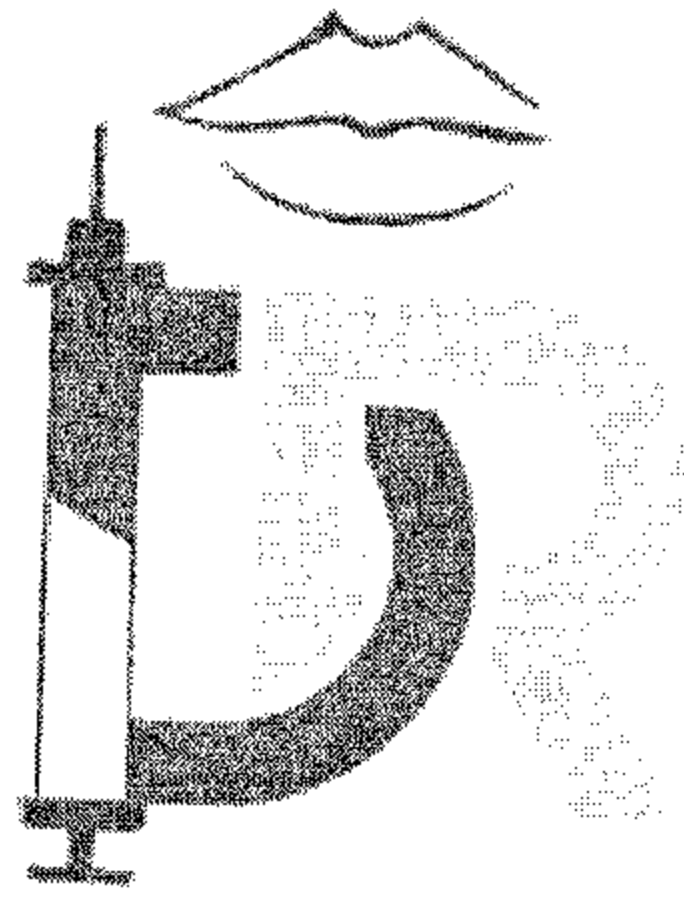
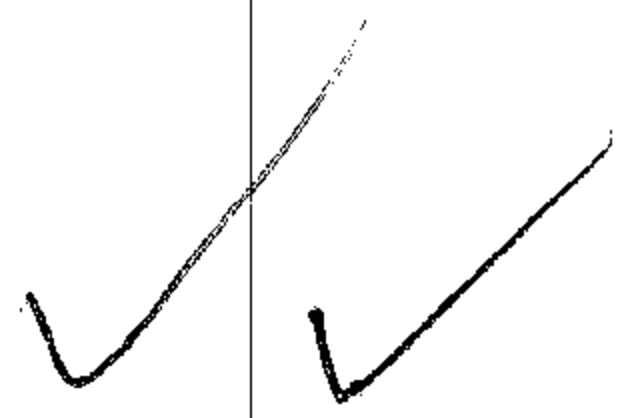




SHAPIRO

שאלון לקוח/ה חדש/ה במרפאה :



תאריך היום : 5.9.23
שם פרטי : אולה / סין
שם משפחה : סין
מספר ת.ז. : 823557561
תאריך לידה : 18 / 88
גיל : 35
עיר וכתובת מגורים : נג'ר זמן (השאלון) כף

מידע ליצירת קשר:

טלפון : 0525681122

אימייל : olyaslavin@gmail.com

מספר רכב לצורך חנייה :

גורם מפנה [איך הגעתם אלינו] : נא"י

היסטוריה רפואית:

בהריון כן / לא :

אלרגיות לתרופות כן / לא [יש לפרט] :

טיפול תרופתי קבוע [יש לפרט] :

- מעוניין/ת לקבל הטבה תמורת צילום ופרסום הטיפול ? : כן / לא
- שאל/י את הרופא.

- לצורך עדכון מקצועי שוטף ומבצעים אטרקטיביים נבקש את אישורך לקבל הודעות ומסרונים . בכל זמן נתון ניתן לבקש הסרה מרשימת התפוצה .

שאלון מצב בריאותי :

- האם אתה נמצא כרגע בטיפול של רופא? אם כן, נא לציין באיזה סוג טיפול :

- האם אי פעם אבחנתם עם אחד מהמצבים הבאים? אנא סמנו כן או לא :

- האם הושתל קוצב לב: כן / לא
- האם הוזרק סיליקון או חומרי מילוי קבועים: כן / לא
- האם עברת השתלות איברים פנימיים: כן / לא
- סרטן העור: כן / לא
- אי ספיקת לב: כן / לא
- הריון / הנקה ברגע זה: כן / לא
- הרפס חוזר: כן / לא
- סוכרת: כן / לא
- פסוריאזיס: כן / לא
- קלואידים: כן / לא
- הפרעות בקרישת דם: כן / לא
- מדללי דם: כן / לא
- ראקוטן: כן / לא
- ניתוח פנים: כן / לא
- פילינג עמוק: כן / לא

שם משפחה:

10/12

שם פרטי:

חתימה:

