

## שאלון רפואי

שם מלא: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_

אנא עני על כל השאלות הבאות:

האם עברת בעבר טיפול של הזרקות למטרת אסתטיקה כולל סיליקון וחוטמים? **לא/כן**

פרטאי: \_\_\_\_\_

האם עברת טיפול זהה לטיפול המיועד **לא/כן**. במידה וכן **אנא ציין/י מתי:** \_\_\_\_\_

האם עברת ניתוחים/הקרנות/טיפול אחר לאזור הפנים והצוואר? **לא/כן** פרטאי: \_\_\_\_\_

האם את בהריון? **לא/כן** האם את מגיקה? **לא/כן**

האם את/ה חולה במחלה/ת כרונית ואו אוטואימונית? **לא/כן** פרטאי: \_\_\_\_\_

האם את/ה סובלת מהרפס באזור הפנים? **לא/כן** במידה וכן **אנא ציין/י** היכן מופיע ובאיזו

תדירות \_\_\_\_\_

האם את/ה נוטלת תרופות באופן קבוע? **לא/כן** פרטאי: \_\_\_\_\_

האם את/ה נוטלת מדללי דם באופן קבוע? **לא/כן**, במידה והופסקו נא פרטאי וציין/י מתי \_\_\_\_\_

האם את/ה סובלת מאלרגיות לתרופות? **לא/כן** פרטאי: \_\_\_\_\_

האם את סובלת מאלרגיות אחרות? (לטקס/ דבורים/אחר) **לא/כן** פרטאי: \_\_\_\_\_

האם את כעת בקו הבריאות? **לא/כן** פרטאי: \_\_\_\_\_

**הסכמת המטופלת :**

בחתמתי הנני מצהירה כי לא החסרתי מידע רפואי רלוונטי וכי הפרטים אשר מולאו בגיליון זה מולאו על ידי והינם נכונים.

שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_