



ОПРОСНЫЙ ЛИСТ

Фамилия _____ Имя _____ Дата рождения _____

Адрес _____

Телефон _____ Эл. почта _____

Во избежание ненужного риска и сведения к минимуму возможных осложнений, мы просим Вас ответить на следующие вопросы:

1. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями? Да [] Нет []
2. Должны ли Вы регулярно принимать медикаменты? Да [] Нет []
3. Страдаете ли вы кровоизлияниями без видимых причин? Да [] Нет []
4. Наблюдается ли у Вас пигментация? Да [] Нет []
5. Имеете ли Вы склонность к образованию рубцов? Да [] Нет []
6. Есть ли у Вас аллергия или непереносимость медикаментов, средств анестезии, пластырь или латекс? Да [] Нет []
7. Страдаете ли Вы герпесными заболеваниями? Да [] Нет []
8. Проводились ли ранее эстетические операции (носа, век, челюсти, лифтинг)? Да [] Нет []
9. Проводились ли ранее эстетические процедуры? Да [] Нет []

Если да, то какие и когда? _____

Были ли замечены осложнения, побочные эффекты? Да [] Нет []

10. Возможна ли беременность? Да [] Нет []

11. Каким образом Вы узнали о нашей медицинской практике и наборе оказываемых услуг?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Поисковые системы (например Google) | <input type="checkbox"/> страница медицинской практики |
| <input type="checkbox"/> Портал оценки врача Jameda | <input type="checkbox"/> Facebook |
| <input type="checkbox"/> Рекомендация (родственников, коллег, друзей) | <input type="checkbox"/> другие |

Дата _____ Подпись _____