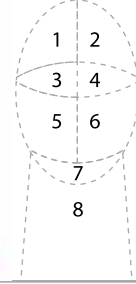


HASTA/MÜŞTERİ BİLGİLERİ

TARİH ____ / ____ / ____

HASTAADI _____

DANIŞMA GEREKÇESİ: _____



- 1 SOL ALIN
 2 SAĞ ALIN
 3 SOL GÖZ BÖLGESİ
 4 SAĞ GÖZ BÖLGESİ
 5 SOL YANAK
 6 SAĞ YANAK
 7 ÇENE
 8 BOYUN

	HAFİF								ŞİDDETLİ	
KIRIŞIKLIKLAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ÇOK RENKLİLİK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KIZARIKLIK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AKNE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GÖZENEK BOYUTU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AKNE İZLERİ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

DANIŞMA NEDENİ _____

DİĞER _____

TEDAVİ PLANI (HEKİM/ESTETİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

SABAH

1. TEMİZLEYİCİ _____
2. YAŞLANMA KARŞITI SERUM _____
3. KORUMA + _____

AKŞAM

1. TEMİZLEYİCİ _____
2. YAŞLANMA KARŞITI SERUM _____
3. ONARMA _____
- MASKE _____
- DUDAK _____
- GÖZ _____
- LEKE AÇICI _____

TOPIKAL TEDAVİ PLANI: _____

PROFESYONEL KLİNİK İÇİ TEDAVİ PLANI: _____

ESTETİSYEN/HEKİM İMZASI: _____
