

HASTA/MÜŞTERİ BİLGİLERİ

TIBBİ BİLGİLER

TARİH _____
İSİM _____
ADRES _____
İL/İLÇE/POSTA KODU _____
EV TEL _____
İŞ TEL _____
CEP TEL _____
E-POSTA _____
MESLEK _____
ÖNEREN _____

DOĞUM TARİHİ: _____ YAŞI _____ AİLE HEKİMİ: _____
SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ? _____ NE KADAR SIK? _____ EVDE SİGARA İÇEN VAR MI? _____
AŞAĞIDAKİLER İÇİN TEDAVİ GÖRDÜNÜZ MÜ? (İŞARETLEYİN)
 AKNE DEPRESYON CİLT HASTALIĞI YÜKSEK TANSİYON
 UÇUK DİYABET KANSER
TÜM ALERJİLERİN LİSTESİ: _____
KULLANMAKTA OLDUĞUNUZ TÜM İLAÇLARI LİSTELEYİN: _____
HAMİLE MİSİNİZ? _____ HAMİLE KALMAYI DENİYOR MUSUNUZ? _____ HORMON İLACI ALIYOR MUSUNUZ? _____
UÇUĞA EĞİLİMLİ MİSİNİZ? _____

KİŞİSEL BİLGİLER

MEVCUT STRES DÜZEYİNİZİ İŞARETLEYİN: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

GÜNDE KAÇ LİTRE SU İÇİYORSUNUZ? _____

BESİN TAKVİYESİ/VİTAMİN ALIYOR MUSUNUZ? _____

EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ? _____ YAPIYORSANIZ, NE KADAR SIKLIKTA? _____ EN SON GÜNEŞ YANIĞI NE ZAMAN OLDU? _____ SOLARYUM KULLANIYOR MUSUNUZ? _____

GÜNEŞE ÇIKTIĞINIZDA (AŞAĞIDAKİLERİ İŞARETLEYİN);

HER ZAMAN YANARIM (I) GENELLİKLE YANARIM (II) BAZEN YANARIM (III) NADİREN YANARIM (IV) ÇOK NADİREN YANARIM (V) ASLA YANMAM (VI)

DAHA ÖNCE CİLT TEDAVİSİ GÖRDÜNÜZ MÜ?

DERMATOLOG PLASTİK CERRAHİNİN KOZMETİK CERRAHİSİ ESTETİSYEN _____

CEVABINIZ EVET İSE, CİLDİNİZE HANGİ TEDAVİLER UYGUNLANDI _____

CİLDİNİZLE İLGİLİ ŞİKAYETLERİNİZ NELERDİR? (UYGUN OLANLARI İŞARETLEYİN)

ÇİL CİLT GEVŞEKLİĞİ KURU/PÜRÜZLÜ HİPERPİGMENTASYON AKNE

ŞU ANDA HANGİ CİLT BAKIM SERİSİNİ KULLANIYORSUNUZ? _____

GÜNLÜK ÇEVRESEL KORUMA ÜRÜNÜ (GÜNEŞ KREMİ) KULLANIYOR MUSUNUZ? _____ KULLANMIYORSANIZ, NEDEN? _____

CİLDİNİZİN GENEL KALİTESİNİ NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ? (UYGUN OLANI İŞARETLEYİN)

(KÖTÜ) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (HARİKA)

CİLT TİPİNİZ NEDİR? (SADECE BİRİNİ İŞARETLEYİN)

NORMAL KURU/SUSUZ YAĞLI AKNE/AKNEYE EĞİLİMLİ ROZASE

ÖNEM SIRASINA GÖRE 1'DEN (EN ÖNEMLİ) 5'E DOĞRU (EN AZ ÖNEMLİ) SIRALAYINIZ

_____ İNCE ÇİZGİLERİN AZALMASI

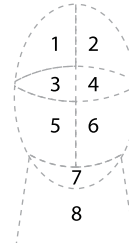
_____ KIRMIZILIĞIN AZALMASI

_____ AKNE İZLERİNİN AZALMASI

_____ YAĞ/AKNELEİNİN AZALMASI

_____ KAHVERENGİ NOKTALARIN/GÜNEŞ HASARININ AZALMASI

CİLDİNİZDE PROBLEM OLAN BÖLGELERİ İŞARETLEYİNİZ



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

TEDAVİ PLANI (HEKİM/ESTETİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

PROFESYONEL TEDAVİ ÖNERİSİ

- ORMEDIC LIFT LIGHTENING LIFT PEEL ACNE LIFT PEEL PERFECTION LIFT PEEL
 SIGNATURE LIFT WRINKLE LIFT PEEL BETA LIFT PEEL TCA ORANGE PEEL

BU ÖZEL ANKETİ DOLDURDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.
BU BİLGİLER PROFESYONEL CİLT BAKIM UZMANINIZIN SİZİN İÇİN EN İYİ IMAGE ÜRÜNLERİNİ VE HİZMETLERİNİ SAĞLAYACAKTIR.

İMZA: _____ TARİH: _____