

KONSULTATIONSKORT



KLIENT

Namn

Adress

Mobil

Mail

			ÖVRIGA KOMMENTARER
Är du gravid eller ammar?	JA	NEJ	
Har du psoriasis, eksem eller sår?	JA	NEJ	
Äter du blodförtunnande medicin?	JA	NEJ	
Har du gjort botox, filler, laser eller kemisk peeling för mindre än 2 veckor sedan	JA	NEJ	
Bär du på någon blodsmitta? (Hepatit eller annat?)	JA	NEJ	
Har du någon blodåkomma? (Blödarsjuka?)	JA	NEJ	
Har du anlag för keloidärr? (Upphöjda ärr)	JA	NEJ	
Har du eller har du haft hudcancer?	JA	NEJ	
Äter du någon annan medicin?	JA	NEJ	Vilken?
Har du pacemaker?	JA	NEJ	
Har du cirkulationsbesvär?	JA	NEJ	
BEHANDLING/PRODUKTER			
ANPASSNING			