



הצהרת בריאות לפני טיפול

שם מלא \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ :

טלפון \_\_\_\_\_ כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_ תאריך מילוי הטופס: \_\_\_\_\_ :

אני החתומה מטה מצהירה כי ידוע לי שעליי למסור מידע מלא, נכון ומדויק בנוגע למצבי הבריאותי לפני ביצוע הטיפול.

נא לסמן:

- האם את בהריון או מניקה? כן / לא
- האם את סובלת מאלרגיות ידועות? כן / לא
- האם את נוטלת תרופות קבועות? כן / לא
- האם את נוטלת מדללי דם, אספירין או תרופות העלולות להשפיע על דימום או החלמה? כן / לא
- האם אובחנת בסוכרת? כן / לא
- האם קיימות בעיות עור, רגישות עורית, דלקות, אקזמה, פסוריאזיס או מצב רפואי אחר באזור הגבות? כן / לא
- האם יש לך נטייה לצלקות או להחלמה חריגה של העור? כן / לא
- האם עברת טיפולי לייזר, פילינג, בוטוקס, חומצות או טיפולים אסתטיים אחרים באזור הפנים לאחרונה? כן / לא
- האם ביצעת בעבר איפור קבוע, מיקרובליידינג או טיפול דומה באזור הגבות? כן / לא
- האם קיימת מחלה, רגישות, טיפול רפואי או כל מידע נוסף שחשוב להביא לידיעת המטפלת? כן / לא

אם סימנת כן באחד הסעיפים, יש לפרט:

---

---

---

אני מאשרת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים לפי מיטב ידיעתי, וכי ידוע לי שמסירת מידע חלקי או לא מדויק עלולה להשפיע על התאמת הטיפול, על מהלך ההחלמה ועל התוצאה הסופית.

שם מלא \_\_\_\_\_ :

חתימה \_\_\_\_\_ :

תאריך \_\_\_\_\_ :

”השלמים הם בהחלט הגבול”