

برگه نظر سنجی و رضایت نامه

پیشاپیش از اینکه در راستای اطلاع رسانی و همیاری به هموعاتتان در سراسر جهان، این نظر سنجی و رضایت نامه را تکمیل می کنید بی نهایت سپاسگزاریم. با این کار می توانید دیگران را از نتیجه درمان و میزان تاثیر آن آگاه سازید.

نظر سنجی

لطفاً به سوالات زیر به صورت کامل پاسخ دهید.

از چه طریقی با ما آشنا شده اید؟

چه مدتی است که دوره درمان را آغاز نموده اید و نظرتان درباره دوره درمانی سپری شده چیست و حدوداً چند درصد در جلوگیری از ریزش موهاپتان و رشد مجدد آنها نتیجه بخش بوده است؟ لطفاً توضیح دهید.

آیا دوره درمان تأثیری در بهبود وضعیت عمومی بدن شما هم گذاشته است؟ برای مثال، بیشتر شدن انرژی و کاهش بی حالی و خستگی و غیره. لطفاً توضیح دهید.

رضایت نامه

اینجانب برای کمک به اطلاع رسانی راستین و موثق و آگاه سازی
همنوعان خود از نتایج درمان، رضایت کامل خود را راجع به موارد ذیل اعلام می دارم:

اظهارات اینجانب را در فرم نظرسنجی با ذکر تنها نام و نام خانوادگی و سن اینجانب به مدت نامحدود در سایت کلینیک
به نمایش بگذارند و یا آن ها را به دفعات نامشخص در نشریات تخصصی پزشکی چاپ و منتشر نمایند. (چنانچه تمایل
دارید حتی نام و نام خانوادگی شما به اختصار درج شود، لطفاً داخل مربع زیر را علامت بزنید)

لطفاً نام و نام خانوادگی اینجانب را به اختصار بیاورید.

توضیح مهم: کلینیک مو تعهد می نماید که به غیر از موارد فوق الذکر به هیچ وجه هیچ اطلاعات دیگری از شما در اختیار
دیگران قرار نخواهد داد. اطلاعات درمانی شما به طور خصوصی و محرمانه نزد ما برای همیشه باقی خواهد ماند و برای
ما حکم اسرار حرفه ای را خواهد داشت.

نام، نام خانوادگی و امضاء متقاضی درمان