

فرم مشاوره پوست و زیبایی

تاریخ: / /

نام و نام خانوادگی:

جنسیت:

سن:

قد:

وزن:

میزان تحصیلات:

شغل:

مجرد/متاهل:

آدرس:

تلفن/موبایل:

ایمیل:

آدرس ایمیلتان را صحیح و خوانا بنویسید برنامه از طریق ایمیل برایتان ارسال خواهد شد.

لطفا همراه با فرم چند عکس از صورت و گردن که با نور و وضوح کامل گرفته شده باشند ارسال نمایید.

از چه طریقی با ما آشنا شده اید، گوگل، اینستاگرام، معرفی دوستان، سایر؟

اگر پرونده دارید و قبلا برنامه از بنده دریافت کرده اید، لطفا ذکر کنید چند دوره تحت درمان بوده اید و همچنین میزان تاثیر برنامه دوره قبل خود را ذکر کنید:

لطفا نام و نام خانوادگی پرداخت کننده وجه، شماره پیگیری، تاریخ واریز، 4 رقم آخر کارت خود را بنویسید و چنانچه از طریق PayPal وجه را واریز نموده اید آدرس ایمیل واریزکننده و تاریخ واریز را ذکر نمایید.

هدفتان از درمان چیست و درباره مشکل پوستتان کامل توضیح دهید؟ (جوان سازی صورت و گردن | پیشگیری از روند پیری و مراقبت های پوستی | درمان آکنه | رفع لکه های پوست)

آیا تاکنون درمانی برای پوست خود انجام داده اید؟ لطفا زمان آن، نام محصولات و میزان اثر آن ها را به طور کامل بنویسید.

آیا تاکنون از لیزر، میکرودرم ابریژن و یا لایه بردارهای شیمیایی استفاده کرده اید؟ اگر بله لطفا زمان آنرا ذکر نمایید.

در صورتی که قبلا بوتاکس، فیلر یا هر گونه درمان و خدمات زیبایی بروی پوست خود انجام داده اید ذکر نمایید.

در حال حاضر از چه محصولات زیبایی و مراقب از پوست استفاده می نمایید؟

آیا دچار حساسیت پوستی می باشید و یا نسبت به دارو و یا ماده ای آلرژی دارید؟

آیا در مناطق گرمسیر زندگی می کنید و شدت تابش آفتاب زیاد است؟

چه نوع پوستی دارید؟ خشک، معمولی یا چرب؟

آیا سیگار می کشید؟ بطور متوسط چند نخ در روز؟

آیا مشروب می نوشید؟ به چه میزان؟

آیا ورزش می کنید؟ چه نوع ورزشی و چند ساعت در هفته؟

چند ساعت خواب شبانه دارید و آیا با مشکلاتی از قبیل بی خوابی و یا نیاز بیش از حد به خوابیدن مواجه هستید؟ لطفا توضیح دهید.

آیا زندگی پر استرسی دارید؟

اگر به بیماری(هایی) چه جسمانی و چه روانی مبتلا هستید، لطفا به طور کامل توضیح دهید.

لطفا سابقه هر گونه بیماری در خانواده مادری و پدری مانند سرطان، دیابت، فشار خون، مشکلات کلیوی و غیره را بطور کامل بنویسید.

لیست کامل داروها و یا مکمل های غذایی که در حال حاضر مصرف می نمایید را بنویسید.

برنامه غذایی فعلی خود را به طور کامل بنویسید. (صبحانه، ناهار، شام، میان وعده ها، نوع نوشیدنی ها و میزان آن و...)

این بخش از سوالات مربوط به بانوان است:

آیا از قرص های ضد بارداری استفاده می نمایید؟ اگر بله نوع و میزان مصرف را ذکر نمایید.

آیا مشکلات مرتبط با یائسگی را تجربه می کنید؟ لطفا توضیح دهید.

آیا در دو هفته گذشته اقدام به برداشتن موهای صورت یا ناحیه ای که قصد انجام درمان را دارید نموده اید؟

این بخش از سوالات مربوط به آقایان است:

از چه وسیله ای برای اصلاح صورت خود استفاده می کنید؟ (ریش تراش | تیغ | سایر)

آیا بعد از اصلاح صورت دچار جوش، خارش و یا حساسیت می شود؟ توضیح دهید.

نام و نام خانوادگی پر کننده فرم و امضا:

1. مسئولیت صحت اطلاعات پر شده در فرم بر عهده متقاضی می باشد و متقاضی می بایست بطور دقیق و کامل فرم درمان را پر نماید و پزشک را در جریان کامل وضعیت بدن، بیماری ها و داروی های مصرفی خود قرار دهد.
2. اینجانب اجازه استفاده از عکس هایم را در وب سایت و صفحه اینستاگرام دکتر نصیرزاده می دهم.