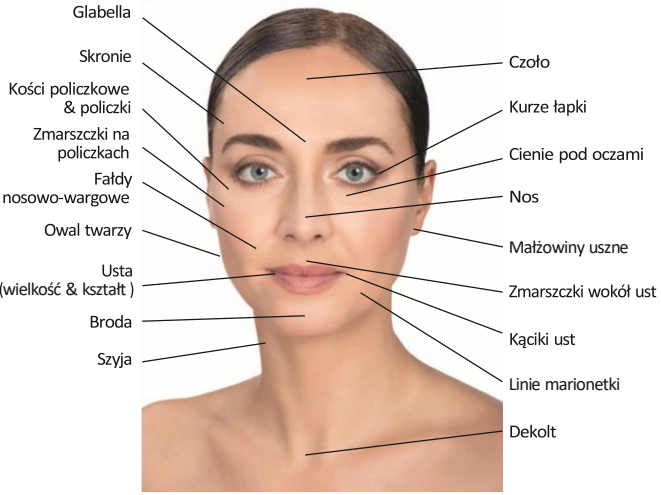


Informacje objęte tajemnicą lekarską. Należy przekazać lekarzowi.

<p>Imię i nazwisko</p>	<p>Data urodzenia</p>	<p>Adres zamieszkania e-mail, nr telefonu</p>	
<p><b>Czy przebył/a Pan/Pani jakieś choroby lub zabiegi chirurgiczne?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nie      <input type="checkbox"/> Tak, proszę podać charakter i przyczynę:</p>			
<p><b>Czy jest Pan/Pani w trakcie terapii?</b> (cukrzyca, depresja, alergia, choroba nowotworowa, choroba endokrynologiczna lub immunologiczna, inne)</p> <p><input type="checkbox"/> Nie      <input type="checkbox"/> Tak, proszę podać rodzaj leku, dawkę, czas trwania i powód leczenia:</p>			
<p><b>Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykonywany zabieg z zakresu medycyny estetycznej?</b> (laser, peeling, lifting, inne)</p> <p><input type="checkbox"/> Nie      <input type="checkbox"/> Tak, proszę podać rodzaj zabiegu, leczony obszar i datę:</p>			
<p><b>Czy kiedykolwiek wykonano u Pani/Pana zabieg iniekcyjnego wypełnienia zmarszczek?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nie      <input type="checkbox"/> Tak,</p> <p><b>Proszę podać leczony obszar/rodzaj zmarszczek:</b> (czoło, kurze łapki, kontur ust., zmarszczki na szyi, dłoniach, przywrócenie objętości...)</p>			
 <p>Labels on the left: Glabella, Skronie, Kości policzkowe &amp; policzki, Zmarszczki na policzkach, Fałdy nosowo-wargowe, Owal twarzy, Usta (wielkość &amp; kształt), Broda, Szyja</p> <p>Labels on the right: Czoło, Kurze łapki, Cienie pod oczami, Nos, Małżowiny uszne, Zmarszczki wokół ust, Kąciki ust, Linie marionetki, Dekolt</p> <p>Inne:</p>		<p>Nazwa produktu użytego do iniekcji</p>	<p>Data wykonania zabiegu (miesiąc/rok)</p>
<p><b>Czy po iniekcjach wystąpiły jakiekolwiek działania niepożądane?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nie      <input type="checkbox"/> Tak, proszę podać rodzaj, czas trwania i obszar:</p>			
<p><b>Czy cierpi Pan/Pani na zaburzenia gojenia ran?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nie      <input type="checkbox"/> Tak, proszę opisać jakiego rodzaju:</p>			

Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwzakrzepowe lub cierpi na zaburzenia krzepnięcia?

Nie  Tak, proszę określić jakiego rodzaju i od kiedy:

Czy cierpi Pan/Pani na nietolerancję fruktozy? (Przeciwwskazanie do iniekcji STYLAGE® Hydromax)

Nie  Tak

Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?

Nie  Tak

Czy jest lub był/a Pan/Pani leczona z powodu choroby nowotworowej?

Nie  Tak, proszę określić sposób leczenia i datę:

Czy ma Pan/Pani jakieś alergie? (astma, alergia na leki, pokarm, kosmetyki, lateks, metal i inne)

Nie  Tak, proszę podać rodzaj oraz stopień dotkliwości:

Czy cierpi Pan/Pani lub ktoś z Pana/Pani rodziny na chorobę autoimmunologiczną lub inną chorobę zakłócającą działanie układu immunologicznego?

Nie  Tak, proszę określić rodzaj choroby i jej przebieg:

Czy cierpi Pan/Pani lub ktoś z Pana/Pani rodziny na zaburzenia psychiczne lub emocjonalne (np. padaczka, paraliż, depresja)

Nie  Tak, proszę określić rodzaj choroby i jej przebieg:

Czy cierpi Pan/Pani na chorobę wywołaną przez paciorkowce? (nawracająca angina, gorączka reumatyczna)

Nie  Tak, proszę określić rodzaj choroby i ewentualne kardiologiczne komplikacje:

Czy planuje Pan/Pani w najbliższym czasie lub przebył/a Pan/Pani ostatnio zabieg stomatologiczny, lub czy występuje u Pana/Pani ból zęba?

Nie  Tak, proszę opisać rodzaj zabiegu i podać datę:

Czy cierpi lub cierpiał/a Pan/Pani na zakażenie lub zapalenie skóry? (pokrzywka, opryszczka, egzema, trądzik lub inne problemy skórne)

Nie  Tak, proszę podać rodzaj, obszar występowania i zastosowane leczenie:

Czy uprawia Pan/Pani sport wyczynowo? Produkty STYLAGE® Lidocaine mogą powodować dodatni wynik w testach antydopingowych.

Nie  Tak

Czy wystąpiły u Pan/Pani problemy w trakcie znieczulenia ogólnego? Produkty STYLAGE® Lidocaine i Mepivacaine zawierają środek miejscowo znieczulający.

Nie  Tak

Legnica, data: ----- Czytelny Podpis : -----