**שאלון לפני טיפול הזרקות אסתטית**

**שם ושם משפחה** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מס' ת.ז**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **תאריך**\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה נוטל/ת תרופה לדילול דם? אם כן איזו?

האם יש לך אלרגיה לחומר/תרופה או לעקיצת דבורים? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה נוטה לאלרגיות באופן כללי?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה נוטה לפתח הרפס שפתיים? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם עברת בעבר הזרקות אסתטיות לאזור הפנים? אילו חומרים הוזרקו ומתי?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם את/ה נוטה להתנפח אחרי הזרקת חומרי מילוי לפנים? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם עברת לאחרונה טיפולי שיניים/ חניכיים והאם הטיפול הסתיים?

**חתימה** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_