KARTA INFORMACYJNA

I. KONSULTACJE:

1. Dermatologiczna TAK ☐ NIE ☐
2. Internistyczna TAK ☐ NIE ☐
3. Endokrynologiczna TAK ☐ NIE ☐
4. Ginekologiczna TAK ☐ NIE ☐
5. Z zakresu chirurgii plastycznej TAK ☐ NIE ☐
6. Z zakresu stomatologii estetycznej TAK ☐ NIE ☐
7. Inne……

……

II. ZABIEGI Z ZAKRESU ESTETYKI LEKARSKIEJ (WYMIENIĆ RODZAJ ZABIEGÓW)

1. Dermatologia estetyczna……

……

…… **od roku.....**

2. Chirurgia estetyczna ……

……

…… **od roku.....**

3. Ginekologia estetyczna .
……

……

…… **od roku.....**

4. Stomatologia estetyczna
……

……

…… **od roku.....**

5. Inne zabiegi……

……

…… **od roku.....**

IMIĘ I NAZWISKO.....

podpis..... **Data.....**