

KUNDINFORMATION

(Infuzion)

Namn: _____

Behandling (markera aktuell behandling)

Infuzion – Skinbooster

Infuzion – Volumizer

Infuzion – CBD

Infuzion – Exosomer

Hälsodeklaration (markera Ja eller Nej)

Högt blodtryck: Ja Nej

Diabetes: Ja Nej

Allergi: Ja Nej

HIV-infektion eller annan blodsmitta: Ja Nej

Kronisk inflammation: Ja Nej

Herpes: Ja Nej

Hjärt- eller lungsjukdom: Ja Nej

Hudsjukdom: Ja Nej

Övrig sjukdom/skada: Ja Nej

Om ja – vänligen specificera:

Medicinering

Skriv upp eventuella mediciner du använder:

Övriga frågor

Är du gravid? Ja Nej

Har du tagit smärtstillande senaste dygnet? Ja Nej

Jag godkänner att mina bilder får användas i marknadsföring/sociala medier. Ja
 Nej

Jag bekräftar att jag har förstått informationen om behandlingen och att jag är över 18 år. Ja

Samtycke

Jag intygar att ovanstående uppgifter är korrekta och att jag informerat behandlaren om mitt hälsotillstånd. Jag är medveten om att behandlingen sker på egen begäran.

Bilder får användas i media? Ja Nej

Signatur: _____

Namnförtydligande: _____

Datum Klistermärke

Kommentar