

MEDITSIINILISE TEABE ANKEET

Nimi

Aadress

Telefon/e-mail

Sünniaasta

Kas olete hetkel mõne terviseprobleemiga meditsiinilise järelvalve all?

Ei

Jah – palun täpsustada arsti nimi, kontakt ning Teie hetkeseisund.

Kas olete rase?

Ei

Jah

Kas olete põdemas mõnda alljärgnevat haigust? Palun märkida + või - .

<input type="checkbox"/> Südamehaigused	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Psoriaas	<input type="checkbox"/> Buliimia
<input type="checkbox"/> Impetiigo	<input type="checkbox"/> A/B/C Hepatiit
<input type="checkbox"/> Hemorraagia	<input type="checkbox"/> Hüperpigmentatsioon
<input type="checkbox"/> Allergia – mille vastu?	<input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Teid on kiiritatud
<input type="checkbox"/> Maksapõletik	<input type="checkbox"/> Nahahaigused
<input type="checkbox"/> Autoimmuunhaigused	<input type="checkbox"/> Muu

Kui Teil esineb mõni eelnimetatud haigus, siis palume enne protseduurile tulekut konsulteerida oma perearstiga.

Kas tarvitate mõnda järgnevatest ravimitest?

<input type="checkbox"/> Accutane	<input type="checkbox"/> Vere vedeldajad
<input type="checkbox"/> Aspiriin	<input type="checkbox"/> Antikoagulant
<input type="checkbox"/> Antabuse	<input type="checkbox"/> Steroidid
<input type="checkbox"/> Insuliin	<input type="checkbox"/> Kõrgvererõhu ravimid
<input type="checkbox"/> Kortisoon	<input type="checkbox"/> Hormoonravimid

Kas teil esineb allergiaid mõne alljärgneva vastu?

<input type="checkbox"/> Lateks	<input type="checkbox"/> Metallid
<input type="checkbox"/> Vaha	<input type="checkbox"/> Lanoliin
<input type="checkbox"/> Tuimesti	<input type="checkbox"/> Muu

Kas olete osalenud mõnel alljärgneval protseduuril viimase kahe kuu jooksul?

<input type="checkbox"/> Püsimeik / tätoveering töödeldaval alal	<input type="checkbox"/> Tugev solaarium
<input type="checkbox"/> Botox	<input type="checkbox"/> Retinool, RetinA, Glycolid
<input type="checkbox"/> Keemilised koorimised	<input type="checkbox"/> Laser karvaeemaldus
<input type="checkbox"/> Püsimeigieemaldus	

Kas teil on kalduvus verevalumite tekkele?

Ei

Jah

JÄRGNEVAD PROTSEDUURID:

KUUPÄEV	ALLKIRI	TEHNIKU MÄRKMED

Kinnitan andmete õigsust ning annan tehnikule nõusoleku teostada protseduuri.