

ROZWIĄZANIA MEDYCyny
ESTETYCZNEJ GALDERMA

KAŻDA TWARZ TO INNA HISTORIA

Imię i nazwisko

Data

**KWESTIONARIUSZ DLA
PACJENTA PRZED
KONSULTACJĄ Z LEKARZEM**

 GALDERMA

Niniejszy kwestionariusz ma pomóc Panu/Pani i lekarzowi wspólnie opracować indywidualny plan leczenia estetycznego na podstawie Pana /Pani konkretnych potrzeb i dążeń oraz kondycji skóry i rysów twarzy.

Wszystkie informacje przekazane personelowi medycznemu będą traktowane jako ściśle poufne.

Kliknij aby wkleić
swoje zdjęcie

**1. Czy korzystał(a) Pan/Pani z jakichkolwiek zabiegów medycyny estetycznej (w tym chirurgicznych)?
Jeśli tak, proszę zaznaczyć:**

Nie

Wypełniacze trwałe

Toksyna botulinowa

Lifting twarzy

Wypełniacze tkankowe (kwas hialuronowy, kolagen)

Rhinoplastyka (korekcja nosa)

Stymulatory kolagenu

Chirurgia szczękowo-twarzowa

Rewitalizacja skóry

Plastyka powiek

Nici liftingujące

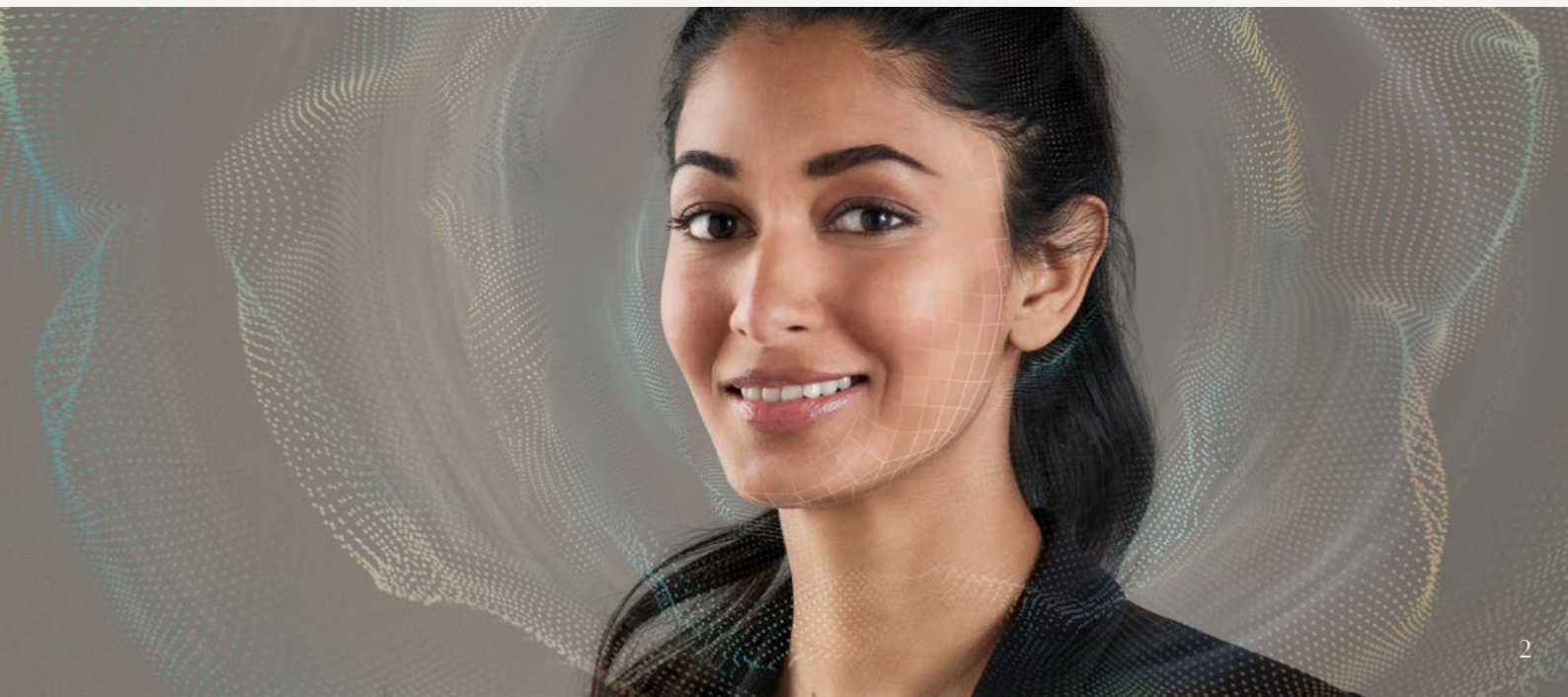
Inne (proszę określić): _____

2. Czy choruje Pan/Pani lub przyjmuje obecnie leki?

Tak

Nie

Proszę wymienić: _____





MOTYWACJA PACJENTA

3. Dlaczego zależy Panu/Pani na wykonaniu tego zabiegu na danym etapie życia? (Proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)

Robię to dla siebie

Przygotowuję się do ważnego wydarzenia (np. ślub, okrągła rocznica urodzin, itd.)

Przechodzę przez trudny okres (np. rozwód, żałoba, problemy w związku, zmiana pracy, itd.)

Chcę się podobać partnerowi, przyjaciołom lub rodzinie

Z takich zabiegów korzystają osoby, które znam lub podziwiam i podoba mi się ich wygląd

4. Ile razy dziennie sprawdza Pan/Pani swój wygląd? (Na przykład spoglądając w lustro lub na ekran telefonu)

< 5 razy

5 - 10 razy

10 - 20 razy

> 20 razy

5. Po jakim czasie spodziewa się Pan/Pani zobaczyć efekty?

Natychmiast (<3 tygodnie)

Szybko (1-2 miesiące)

Stopniowo (po 3 miesiącach)

6. Proszę określić swoje samopoczucie na przestrzeni kilku minionych tygodni:



