

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΕΛΑΤΗ

Ημ/νία:

Στάδιο προβλήματος:

Στοιχεία πάσχοντα

Όνοματεπώνυμο		Επάγγελμα	
Ηλικία	Διεύθυνση		
Τηλέφωνο - Φαξ - email	T	Φ	Email
Οικογ. κατάσταση	Άγαμος-η <input type="checkbox"/>	Έγγαμος- η <input type="checkbox"/>	Χήρος -α <input type="checkbox"/> Διαζ/νος -η <input type="checkbox"/>

Ποιότητα Μαλλιών και τριχωτού κεφαλής

Κατασταση μαλλιών (περιγράψτε μας αναλυτικά το πρόβλημα)			
Συχνότητα λουσίματος	... φορές την εβδομάδα	Σαμπουάν που χρησιμοποιείτε	
Ξηροδερμία	Πολύ <input type="checkbox"/>	Λίγο <input type="checkbox"/>	Καθόλου <input type="checkbox"/>
Ερυθρότητα	Πολύ <input type="checkbox"/>	Λίγο <input type="checkbox"/>	Καθόλου <input type="checkbox"/>
Σμήγμα	Πολύ <input type="checkbox"/>	Λίγο <input type="checkbox"/>	Καθόλου <input type="checkbox"/>
Κνησμός	Πολύ <input type="checkbox"/>	Λίγο <input type="checkbox"/>	Καθόλου <input type="checkbox"/>
Λιπαρότητα	Πολύ <input type="checkbox"/>	Λίγο <input type="checkbox"/>	Καθόλου <input type="checkbox"/>
Ψωρίαση	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
Έκζεμα	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	

Υγεία

Κατάσταση υγείας	Καλή <input type="checkbox"/>	Πρόβλημα
Αλλεργίες	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>
Δερματοπάθειες	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>
Ιστορικό κληρονομικότητας τριχόπτωσης	Μητέρα <input type="checkbox"/>	Πατέρας <input type="checkbox"/>	Κανένας <input type="checkbox"/>
Συχνότητα επαφής	... φ/ εβδομάδα <input type="checkbox"/>	Κάθε μέρα <input type="checkbox"/>	

Άλλα σκευάσματα - προσπάθειες - αποτελέσματα

Φαρμακευτικά σκευάσματα που έχετε χρησιμοποιήσει ή που χρησιμοποιείτε ήδη		Αποτελέσματα / Παρενέργειες	
Μεταμόσχευση μαλλιών	... φορές	Αποτελέσματα / Παρενέργειες	
Από που μάθατε για τη λοσιόν Mexis ;			

Υπογραφή πελάτη