

DERMA HAIR CLINIC
Καραλέξης Απόστολος
Δερματολόγος
Παπαδιαμαντοπούλου 4 Αθήνα
Τηλ. 210 7232932

ΦΥΛΛΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο: Ηλικία:
Διεύθυνση κατοικίας: Περιοχή:
Ημερομηνία(προσέλευσης ή θεραπείας):
E-mail: Αριθμός Κινητού Τηλ:

Αναφέρατε με απλά λόγια τον λόγο επίσκεψης στο ιατρείο:.....

.....
.....

Πάσχετε από κάποιο νόσημα όπως Διαβήτης, Έλκος, Έμφραγμα, Καρδιακό νόσημα, Καρκίνος, Υπέρταση, Αναιμία, Ηπατίτιδα, Έιτς, Λοιμώδεις νόσημα ή οποιοδήποτε άλλο νόσημα τώρα ή στο παρελθόν;.....

.....

Αναφέρατε τα φάρμακα που παίρνετε(περιλαμβάνονται και τα αντισυλληπτικά, συμπληρώματα διατροφής, βότανα, βιταμίνες):.....

.....

Έχετε κάποιου είδους αλλεργία σε φάρμακα, ουσίες ,αλοιφές ή καλλυντικά;.....

Έχετε τάση για σχηματισμό ουλών ή κακή επούλωση πληγών;.....

Έχετε ιστορικό αιμορραγικών διαταραχών;.....Λαμβάνετε αντιπηκτικά;.....

Πάσχετε από Ψωρίαση, Λειχήνα, Δερματίτιδα, Θυλακίτιδα ή άλλα νοσήματα του δέρματος ή των μαλλιών;.....

Έχετε κάποιου είδους δυσανεξίας ή ευαισθησίας στον ήλιο;.....

Έχετε κάποιο πρόβλημα με την τοπική αναισθησία ή την ξυλοκαΐνη;.....

Στον οδοντίατρο μήπως δεν σας πιάνει η αναισθησία ή μήπως σας δημιουργεί κάποια αντίδραση;.....

Είσαστε έγκυος;.....

Σημειώστε την επόμενη πιθανή ημερομηνία της περιόδου σας και ενημερώστε τον ιατρό εάν κατά την ημερομηνία της επέμβασης έχετε περίοδο.....

Συμφωνώ ότι είναι πιθανό να ληφθούν φωτογραφίες και βίντεο πριν και μετά την επέμβαση για να καταγραφεί η πρόοδος της θεραπείας μου. Κατανοώ ότι η ταυτότητα μου θα προστατεύεται και ότι τα προσωπικά μου στοιχεία και τα τηλεφώνά μου δεν θα προωθηθούν ποτέ σε τρίτα άτομα ή σε τρίτα μέρη. Μπορούν όμως να χρησιμοποιηθούν για την αποστολή μηνυμάτων ή κλήσεων προς εμένα και τυχόν υπενθύμιση ραντεβού ή γνωστοποίησηση προσφορών.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι ενημερώθηκα αναλυτικότερα από τον ιατρό για τον ακριβή τρόπο εκτέλεσης της μεταμόσχευσης μαλλιών και τις τυχόν επιπλοκές και παρενέργειες της όλης επέμβασης.

Υπογραφή ασθενούς.....

Ημερομηνία.....

Οι παρακάτω παράγραφοι συμπληρώνονται από τον ιατρό

Παρούσα νόσος-Αντικειμενική εξέταση:

