Müşteri Kartı

AYAK BAKIMI · KOZMETİK

MÜŞTERİ

Ad soyad _____ Telefon _____

Doğum tarihi _____ Adres _____

Aile hekimi _____ Müşteri olduğu tarih _____

SAĞLIK

Diyabet	☐ evet	☐ hayır
Kan sulandırıcı ilaçlar	☐ evet	☐ hayır
Dolaşım bozukluğu	☐ evet	☐ hayır
Alerjiler	☐ evet	☐ hayır

Hangi ilaçlar / alerjiler _____

Diğer notlar _____

BULGU

İlk bulgu ☐ nasır ☐ siğil ☐ batık tırnak ☐ kalınlaşmış tırnak ☐ çatlak

Ayrıntılar (yer, boyut) _____

ARALIK

Genelde … haftada bir gelir _____ Sonraki randevu yaklaşık _____

NOTLAR

ONAM

Sağlık bilgilerim dahil bilgilerimin ayak bakımının yapılması amacıyla saklanmasına açıkça onay veriyorum. Sağlık durumumdaki değişiklikleri bildireceğim. Bu onayı istediğim zaman geri alabilirim.

Yer, tarih _____ İmza _____

Ziyaret Geçmişi

AD SOYAD: _____

TARİH	BULGU	İŞLEM / ÜRÜNLER	ARA (HAFTA)	SONRAKİ YAKL.	NOT	ÜCRET