



Dr. Hind Laanait
médecine esthétique

QUESTIONNAIRE 1ERE CONSULTATION ESTHETIQUE

NOM

PRENOM

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

N° TEL FIXE

MOBILE :

MAIL :

Date du jour :

Etes vous allergique ? Si oui , à QUOI ?

Prenez vous des médicaments ? Si oui :Lesquels ?

Faites vous de l' œdème (membres inferieurs) ?

Perdez vous vos cheveux ?

Faites vous de l'herpès des lèvres ?

Présentez vous une maladie chronique ?

Si oui Laquelle ?

Avez-vous déjà bénéficié d'actes esthetiques ? OUI NON

Si oui : lesquels : *Entourer si réponse positive :*

Chirurgie intervention des paupières
Liposculpture
Greffes de graisse
Lifting
Autres : (Préciser)

Médicaux Mésothérapie
Laser épilatoire ? Laser vasculaire (couperose varicosités) ?
Produits de comblement ?
Acide hyaluronique Silicone Autres
Peeling
Botox

Pour les consultations en nutrition

POIDS

TAILLE

• Réservé médecin

MG %

AGE METABOLIQUE