



LAZER EPİLASYON HASTA TAKİP FORMU

HASTANIN

Adı - Soyadı:

Doğum Tarihi:

Cinsiyet :

Meslek :

Tarih:/...../.....

Hasta ID No:

TIBBİ ÖZGEÇMİŞ

Hastalık Öyküsü:

	Evet	Hayır	Açıklama
İlaç Kullanımı			
Son Üç Ayda Güneş Görme			
Son 3 ayda İsotretinoin/retinoid içeren ilaç kullanımı			
Lazer Epilasyon Öyküsü			
Son 1 Ayda Kullandığı Epilasyon Yöntemi			

FİZİK MUAYENE

Saç Rengi :

Deri Rengi :

Nevus Varlığı

☐

Var

☐

Yok

Pigmentasyon Bozukluğu

☐

Var

☐

Yok

GÖREVLİ

ADI SOYADI:

İMZA:

