



تاریخ: دکتر: شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تحصیلات:

کد ملی: تاریخ تولد: شغل: وضعیت تاهل:

نشانی:

تلفن ثابت: تلفن همراه:

تاریخچه پزشکی

بله خیر

- ☐ ☐ آیا در دو سال اخیر زیر نظر پزشک یا دندانپزشک بوده اید؟
☐ ☐ آیا از کرم های مراقبت پوست یا سایر درمان های پوستی موضعی استفاده میکنید؟
☐ ☐ آیا سابقه انتقال خون داشته اید؟
☐ ☐ آیا تا کنون به دنبال بریدگی و جراحی و بیرون آوردن دندان، زخم و خونریزی غیرطبیعی داشته اید؟
☐ ☐ آیا در چند سال اخیر سابقه بیماری سخت با بستری شدن در بیمارستان را داشته اید؟
☐ ☐ آیا تا به حال لیزرهای پوستی و یا سایر عمل های پوستی مثل ژل و بوتاکس داشته اید؟
☐ ☐ آیا در دوران بارداری یا شیردهی بسر میبرد؟ (مخصوص خانم ها)
☐ ☐ آیا سابقه حساسیت پوستی یا بیماری های خاص پوستی را داشته اید؟
☐ ☐ آیا تا به حال تحت درمان پوستی از قبیل آکنه، پرموتی، لک، کهیرو سایر موارد قرار داشته اید؟
☐ ☐ آیا سابقه پرتز کردن یا افتاب یا سولاریوم یا با مواد شیمیایی داشته اید؟
☐ ☐ آیا به دنبال ضایعات پوستی دچار یافت اضافه در ناحیه آسیب دیده شده اید؟

توضیحات ضروری:

در صورتی که به هریک از موارد زیر حساسیت یا واکنش غیرعادی داشته اید مشخص فرمایید:

- انواع آنتی بیوتیک ☐ داروهای بی حسی موضعی ☐ مسکن ها ☐ غذای خاصی ☐ کرم های پوستی ☐ قرمزی شدید پوست در مقابل آفتاب و سولاریوم ☐ سایر موارد:

به کدام یک از بیماری های زیر مبتلا شده اید؟

- ☐ بیماری های پوستی ☐ بیماری های گوارشی ☐ دیابت ☐ هپاتیت ☐ تب رماتیسمی ☐ بیماری های کلیوی ☐ لوپوس ☐ پسوریازیس ☐ بیماری های قلب و عروق ☐ تیروئید ☐ صرع ☐ بیماری های تنفسی ☐ بیماری های خونی ☐ بیماری های غدد درون ریز ☐ فشارخون ☐ سل ☐ سایر موارد:

در دو سال گذشته به طور مرتب از چه داروهایی استفاده کرده اید؟

- ☐ آنتی بیوتیک ها ☐ ضد انعقادها ☐ آرامبخش ☐ داروهای قلبی ☐ انسولین ☐ داروهای ضد فشارخون ☐ داروهای ضد بارداری ☐ کورتون ☐ آنتی هیستامین ☐ آسپرین ☐ داروهای ضد آکنه ☐ کرم های لایه بردار ☐ راکوتان ☐ دی پیریدامول ☐ ماینوکسیدیل ☐ سایر موارد:

عوارض درمان های پوستی:

- بوتاکس: تاری دید- دوبینی خستگی چشم- اشک ریزش- قرمزی چشم- تورم- کبودی- خونمردگی- سردرد- درد صورت- سرخی صورت- حال تهوع- افتادگی پلک و ابرو- احساس سنگینی پلک- عدم جواب دهی به درمان
 ژل و فیلرها: خون مردگی- کبودی- حساسیت پوستی- ایجاد تورم های پوستی گرانولوم- عدم تقارن- جذب زودرس
 لیزر موهای زائد: قرمزی- سوختگی- کهیر فیزیکی- ایجاد آکنه و حساسیت های موضعی- ایجاد لک- هایپرپیگمنتیشن
 RF فرکشنال: خونریزی- کبودی و خونمردگی- ایجاد درد و حساسیت پوستی- هایپوپپیگمنتیشن- خشکی پوست
 کربوکسی: خونریزی- کبودی و خونمردگی- تورم- درد صورت
 مورد خاص:

اینجانب ضمن تایید مندرجات فوق و پاسخ دقیق به سوالات مطرح شده از درمان هایی که روی پوست صورت و بدنم انجام می گیرد و همچنین طرح پیشنهادی که براساس اصول و مبانی علمی و مراجع معتبر پزشکی انجام خواهد شد. اطلاع کافی دارم. نتایج حاصله از درمان توسط پزشک مسئول توضیح داده شده است و همچنین از عوارض درمان ها کاملاً اطلاع دارم و مسئولیت وقوع آنها را می پذیرم و پزشک و تیم درمان را از هرگونه عارضه ای مبرا می دانم و حق هرگونه اعتراض و شکایتی را از خود سلب می دارم و بدین وسیله رضایت کامل خود را نسبت به انجام آن و پرداخت هزینه های درمانی براساس تعرفه تعیین و ابلاغ شده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اعلام می نمایم.

نام و نام خانوادگی
امضا و تاریخ



نحوه آشنایی با مطب: سایت ☐ اینستاگرام ☐ تلگرام ☐ دوستان ☐ سایر

علت مراجعه بیمار:

مبلغ کل هزینه درمان

تاریخ	شرح دقیق درمان انجام شده	هزینه درمان	مبلغ دریافتی	مبلغ باقیمانده	مهرو امضا پزشک
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					
۲۱					
۲۲					

مراجعه کننده عزیز گرفتن عکس قبل و بعد از درمان برای پرونده پزشکی شما الزامی است
اینجانب با گذاشتن عکس درمانی خود در پیج دکتر موافقت دارم.
امضا و نام