MEDICAL CAPELLI

Scheda per Consulto

Il giorno _____ accompagnato da _____

Il Signor _____ prof. _____

Nato il _____ stato civile _____

Via _____ N°_____ Prov. _____ CAP _____

Città _____ Tel. _____ Cell. _____

Mezzo informativo:

❑ Televisione ❑ Stampa ❑ Radio ❑ Cartellonistica ❑ Parrucchiere ❑ Medico
❑ Amico ❑ Fiera ❑ Nostro cliente ❑ Pagine gialle ❑ Internet ❑ Altro _____

Ha familiari affetti da calvizie?

❑ Si ❑ No

Cos'ha fatto sino ad ora per i suoi capelli?

❑ Trattamenti cosmetici ❑ Terapie dermatologiche ❑ Interventi chirurgici

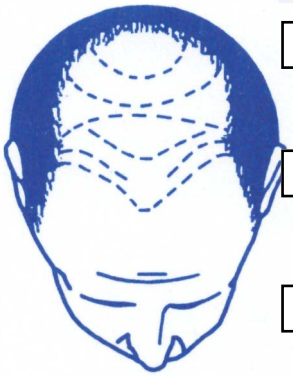
Quali risultati vorrebbe ottenere?

❑ Mantenere la situazione attuale ❑ Fermare la caduta
❑ La ricrescita di qualche capello ❑ Riavere tutti i capelli

NOTE DEL CONSULENTE:

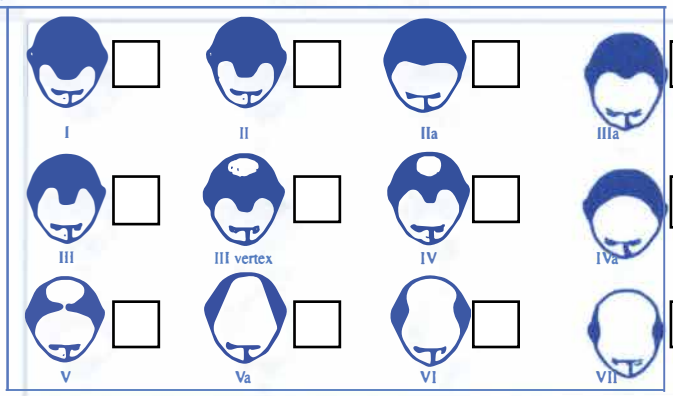
Riservato al consulente

Area diradata o glabra colpita da Alopecia cm² .....



Calvizie secondo Ludwig

Calvizie secondo Hamilton



PRINCIPALI TECNICHE D'INTERVENTO CONSIGLIABILI DA MEDICAL CAPELLI

NOTE: _____

Firma del Consulente:

Letta l'informativa da voi consegnatami dichiaro, con la presente autorizzazione che i dati anagrafici ed il contenuto del consulto potranno essere trattati e divulgati nei limiti previsti dalla legge sulla privacy (D. Lgs 196/03)

Firma _____

INVIA MODULO

COPIA CHE RIMANE AL CONSULENTE