



VOS INFORMATIONS

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>		
Situation familiale	<input type="text"/>	Nbre d'enfant	<input type="text"/>
Age des enfants	<input type="text"/>		
Médecin traitant	<input type="text"/>		
Traitement médicamenteux en cours	<input type="text"/>		

questionnaire rajeunissement visage

Quels sont les améliorations que vous souhaitez apporter à votre visage ?

Cochez le ou les cases concernées

Rides et ridules	<input type="checkbox"/>	Fermeté	<input type="checkbox"/>	Déshydratation/sécheresse	<input type="checkbox"/>
Éclat/teint	<input type="checkbox"/>	Poches/cernes	<input type="checkbox"/>	Brillance	<input type="checkbox"/>
Tâches	<input type="checkbox"/>	Sensibilité	<input type="checkbox"/>	Rides d'expression	<input type="checkbox"/>
Décongestion	<input type="checkbox"/>	Acné	<input type="checkbox"/>	Cicatrices	<input type="checkbox"/>

Autres

Hygiène de vie :

Utilisez-vous une crème ? Jour ? Nuit ?

Laquelle ?

Vous démaquillez-vous tous les soirs ?

Avec quel produits ?

Fumez-vous ? Quantité ?

Faites-vous du sport ? Fréquence ?

Avez-vous une alimentation équilibrée ?

Combien buvez-vous d'eau par jour ?

Souffrez-vous de troubles du sommeil ?

Avez-vous déjà essayé de résoudre ce problème ?

Si oui par quelles méthodes ?

Quels ont été les résultats ?

PRÉCAUTION D'UTILISATION :

Avez vous une maladie grave ? Avez vous des troubles épileptiques ?

Êtes vous enceinte ?

Comment avez vous connu le cabinet ?