

*Blizna*  
niejedno  
ma imię,



## ANKIETA

Imię i nazwisko

---

Data urodzenia

---

Adres mailowy

---

Telefon

---

Podpis

---

Kiedy nastąpiło poparzenie?

---

Jak duża jest blizna? Jeśli możliwe załącz zdjęcie

---

Czy chorowałeś/aś na jakiegokolwiek poważne schorzenia zdrowotne?

Jeśli tak, prosimy o ich wymienienie.

[ ] NIE [ ] TAK

---

Czy przyjmujesz regularnie jakieś leki? Jeśli tak, prosimy o ich nazwę.

[ ] NIE [ ] TAK

---

Czy kiedykolwiek miałeś/eś wcześniej zabiegi na bliznach? Jeśli tak, opisz jakie.

[ ] NIE [ ] TAK

---

Jaki jest główny powód, dla którego rozważasz ten zabieg?

---

Jakie oczekujesz rezultaty po zabiegu na bliznach?

---

Czy masz jakieś obawy lub pytania dotyczące zabiegu?

[ ] NIE [ ] TAK

---

Czy jest wegetarianinem?

[ ] NIE [ ] TAK

Czy palisz papierosy?

[ ] NIE [ ] TAK

Jak wygląda Twoja suplementacja?

---

Czy masz jakieś pytanie?

[ ] NIE [ ] TAK

---