

QUESTIONNAIRE D'INTÉRÊT ESTHÉTIQUE FACIAL

Parlez-moi un peu de vous

Nous aimerions savoir pour quelles raisons vous êtes venu nous voir aujourd'hui. Ces informations nous permettront de personnaliser votre consultation, afin qu'elle réponde à vos besoins et préoccupations spécifiques

Nom : Date :

1. Veuillez nous indiquer les principales raisons de votre visite d'aujourd'hui :

2. Avez-vous déjà consulté au sujet de votre visage par le passé ?

Oui | Non

3. Si oui, avez-vous déjà bénéficié de traitements du visage ?

Oui | Non

4. Si non, depuis combien de temps envisagez-vous un traitement ?

Mois

Années

5. Connaissez-vous bien les différents traitements disponibles pour le visage ?

Veuillez entourer votre réponse sur l'échelle ci-contre
(1 est le niveau de connaissance le plus faible) :

1

2

3

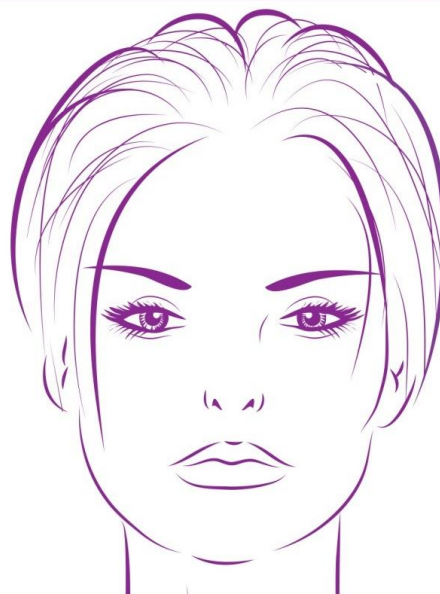
4

5

Veuillez indiquer ci-dessous les zones qui vous déplaisent ou qui vous préoccupent
(entourez ou cochez les zones concernées) :

- Rides du front
- Rides du lion ou glabellaires

- Forme/taille des lèvres
- Rides du sourire ou sillons nasogéniens
- Forme de la mâchoire/du menton
- Rides du cou



De manière générale

- Rides
- Plis du visage
- Plénitude du visage

- Paupières tombantes
- Ligne des sourcils
- Poches sous les yeux
- Volume des joues
- Forme du nez

- Autre :

PLAN DE TRAITEMENT

Nom :

Date :

Types d'indications	Zone(s) à traiter	Devis / Séance	Nbre de Séances	Priorité
Rides d'expression				
Rides statiques				
Restauration de volumes				
Relâchement cutané				
Taches, cicatrices				
Eclat de la peau				
Rajeunissement du décolleté				
Rajeunissement des mains				
Lasers de rajeunissement				
Led				

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre

