



МЕДИЧНА КАРТКА

No _____

ПІБ _____

Дата: _____ 20__ р.

Фотографування

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Діагностика шкіри

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Дата _____

Стать **Ч** ☐ **Ж** ☐ Вік _____ Дата народження _____

Місце проживання _____

Номер телефону _____

Місце роботи, посада _____

Клінічний діагноз _____

Супутній діагноз _____

Скарги _____

Анамнез захворювання (косметологічний з переліком засобів щодо підтримки здоров'я шкіри)

Загальний анамнез (супутні захворювання, операції, травми, прийом ліків, шкідливі звички)

Алергологічний анамнез (харчові продукти, ліки, косметологічні засоби тощо)

Locus morbi _____

Колір _____

Текстура (пори) _____

Пружність _____

Зморшки _____

Капіляри _____

Гіпертрихоз _____

Первинні, вторинні елементи (локалізація) _____

Зона очей _____

Зона шиї _____

Зона декольте _____

Зона тіла _____

Невуси _____

Дієта, питний режим, БАДи та вітаміни _____

Дата процедури:	Дата процедури:	Дата процедури:	Дата процедури:
Дата процедури:	Дата процедури:	Дата процедури:	Дата процедури:

Дата процедури:

Дата процедури:

Дата процедури:

Дата процедури:

Дата процедури:

Дата процедури:

Дата процедури:

Дата процедури:

ДОМАШНІ ПРИЗНАЧЕННЯ

ДОМАШНІ ПРИЗНАЧЕННЯ

ДОМАШНІ ПРИЗНАЧЕННЯ



www.dmkua.com
(067) 450-17-77