

Я, .....  
даю согласие на проведение косметологических процедур. Информация о состоянии  
моего здоровья достоверна, и об изменениях обязуюсь сообщать дополнительно .....

**Проблемы со здоровьем:**  Сахарный диабет  Проблемы с сердцем  Эпилепсия  
 Дисфункция щитовидной железы  Онкология  Варикоз  
 Гиперандрогения  Почечная недостаточность  Другое .....

**Наличие инфекционных заболеваний:**  ВИЧ,  Гепатит,  Сифилис,  
 Туберкулез,  Другое: .....

Хронические заболевания: .....

Аллергические реакции: .....

Артериальное давление: .....

Склонность к отекам, сосудистые проблемы: .....

Перенесенные операции: .....

**Болевой порог:**  низкий  средний  высокий

Менструальный цикл, ПМС: .....

Беременность: .....

Ф. И. О.

Дата

Подпись