Karta zabiegowa RF mikroigłowej i frakcyjnej

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA ...................................................................................................................................

TELEFON KONTAKTOWY ......................................................................................................................................

E-MAIL ..................................................................................................................................................................

WIEK ........…………………………………………………………………………………………………..............................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data wykonania**  **zabiegu** | **Miejsca zabiegu** | **Osoba wykonująca zabieg** | **Szerokość impulsu (0,1 do 0,3 s)** | **Poziom mocy Wat od 10 do 150** |
|  | twarz ...................................  szyja ....................................  dekolt ...................................  brzuch ..................................  nogi .....................................  inne ...................................... |  |  |  |
|  | twarz ...................................  szyja ....................................  dekolt ...................................  brzuch ..................................  nogi .....................................  inne ...................................... |  |  |  |
|  | twarz ...................................  szyja ....................................  dekolt ...................................  brzuch ..................................  nogi .....................................  inne ...................................... |  |  |  |
|  | twarz ...................................  szyja ....................................  dekolt ...................................  brzuch ..................................  nogi .....................................  inne ...................................... |  |  |  |
|  | twarz ...................................  szyja ....................................  dekolt ...................................  brzuch ..................................  nogi .....................................  inne ...................................... |  |  |  |
|  | twarz ...................................  szyja ....................................  dekolt ...................................  brzuch ..................................  nogi .....................................  inne ...................................... |  |  |  |
|  | twarz ...................................  szyja ....................................  dekolt ...................................  brzuch ..................................  nogi .....................................  inne ...................................... |  |  |  |