

CRYOBAR

Sculpt



INFORMATIONS :

Nom/prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email : Newsletter : Oui Non

Médecin traitant :

Zone à traiter :

FICHE MÉDICALE CRYOBAR *Sculpt* :

Antécédents cardio-vasculaires :

- Hypertension artérielle Oui Non
- Epilepsie Oui Non
- Autres Oui Non

Si oui précisez :

Chirurgie récente Oui Non

Insuffisance pulmonaire Oui Non

Prise de médicaments anticoagulants Oui Non

Grossesse en cours/allaitement Oui Non

Menstruations Oui Non

Diabète Oui Non

Tumeur maligne

Oui

Non

Cancer

Oui

Non

Implants électroniques ou métalliques (Y compris les stérilets)

Oui

Non

Dispositifs médical sous-cutané (Pacemaker, Stent, Neurostimulateur...)

Oui :

Non

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur avoir lu et compris les informations ainsi que les contre-indications concernant la pratique de la **CRYOBAR *Sculpt***.

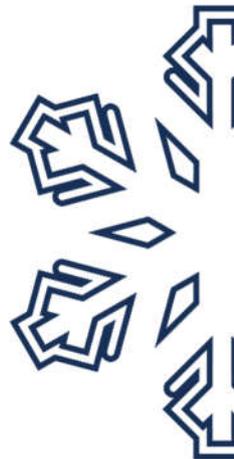
Je certifie également la sincérité et l'exactitude des réponses apportées au questionnaire médical, et m'engage à signaler tout changement afin d'en assurer la mise à jour.

En cas de doute sur les contre-indications notées ci-dessus, nous vous invitons à consulter votre médecin traitant afin qu'il valide votre aptitude physique à la pratique de la **CRYOBAR *Sculpt***, en remplissant un avis médical.

Comment nous avez-vous connu?

Date :

Signature :



CRYOBAR

140 rue Charonne 75011 Paris

Tel : 09 86 51 75 75 - Email : info@cryobar.fr

www.cryobar.fr