



CRYO BAR

INFORMATIONS :

Nom/prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email : Newsletter : Oui Non

Médecin traitant :

Objectif :

Amincissement

Zone à traiter :

Raffermissment

Zone à traiter :

Médical

Motif :

FICHE MÉDICALE CRYOLIPOLYSE (CRYOTHÉRAPIE LOCALISÉE) :

Antécédents cardio-vasculaires :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Artériopathie des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Thrombose veineuse/phlébite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Maladie de Raynaud | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Terrain allergique au froid Oui Non

Blessures cutanées Oui Non

Prothèses mammaires Oui Non

Grossesse en cours/allaitement Oui Non

Diabète 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 cryothérapie localisée.

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 cryothérapie localisée, en remplissant un avis médical.

Comment nous avez-vous connu?

Date :

Signature :

