

# FORMULAIRE DE CONSULTATION RELATIVE AU TRAITEMENT



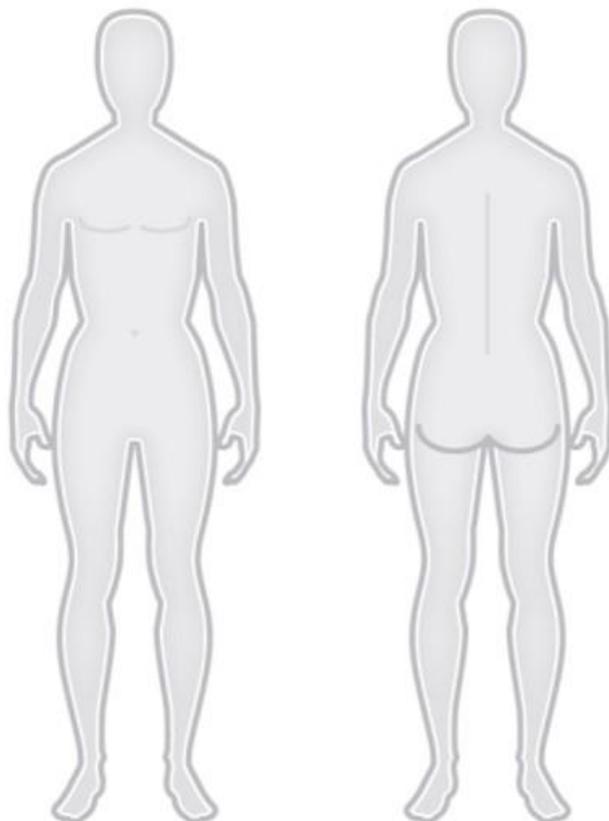
Nom du patient :

Date :

Consultation assurée par : Docteur Cyril Roux

Sexe : H / F Poids

.....

Votre patient a-t-il subi d'autres procédures esthétiques pour le visage et le corps ?Comment votre patient a-t-il entendu parler de la procédure CoolSculpting® ?  
.....

## PROGRAMME DE TRAITEMENT

Applicateur CoolCurve+™ :  
Applicateur CoolCore™ :  
Applicateur CoolFit™ :  
Applicateur CoolMax™ :  
Applicateur CoolSmooth™ :  
CoolSmooth PRO™ :  
Applicateur CoolMini™ :

**Total :**

## PRIX

Prix du traitement :

Remise :

**Total :**

Remarques :

Signature du patient :

Date :

consultation day