

FORMULAIRE DE CONSULTATION RELATIVE AU TRAITEMENT



Nom du patient :

Date :

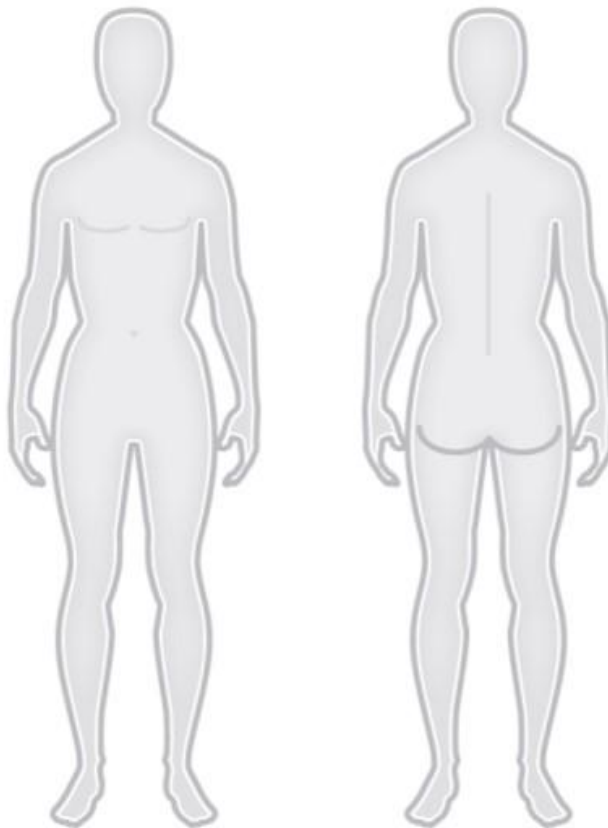
Consultation assurée par : Docteur Cyril Roux

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 :