

در صورت مبتلا بودن به هریک از بیماری ها و موارد ذیل، لطفا مشخص نمایید :

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | هموفیلی |
| <input type="checkbox"/> | صرع |
| <input type="checkbox"/> | هیپاتیت A , B , C , D , E , F |
| <input type="checkbox"/> | عفونت های تب زا / بیماری های عفونی |
| <input type="checkbox"/> | HIV مثبت |
| <input type="checkbox"/> | مشکلات پوستی در ناحیه مورد درمان (برای مثال اگزما، زگیل، ملانوم ، خال گوشتی و...) |
| <input type="checkbox"/> | کلونید (گوشت اضافه) |
| <input type="checkbox"/> | مشکلات سیستم ایمنی |
| <input type="checkbox"/> | بیماری های مغز و اعصاب (برای مثال صرع، میگرن، ام اس و...) |
| <input type="checkbox"/> | شیمی درمانی یا رادیوتراپی |
| <input type="checkbox"/> | جراحی پلاستیک (انجام میکروپیگمنتیشن در محل جراحی پلاستیک صرفا می بایست توسط پزشک انجام شود) |
| <input type="checkbox"/> | مشکلات قلبی و عروقی |
| <input type="checkbox"/> | ورم ملتحمه |
| <input type="checkbox"/> | فشار خون شدید بالا یا پایین |
| <input type="checkbox"/> | بیماری های مزمن (مثل بیماری های روحی و روانی) |
| <input type="checkbox"/> | بارداری یا شیردهی |
| <input type="checkbox"/> | ویتیلیگو |
| <input type="checkbox"/> | پسوریازیس |
| <input type="checkbox"/> | سابقه تبخال |
| <input type="checkbox"/> | تزریق ژل یا فیلر |
| <input type="checkbox"/> | بوتاکس |

در صورت مثبت بودن هریک از موارد فوق و با وجود هرگونه بیماری دیگر، لطفا توضیح دهید:

.....

کدامیک از داروهای زیر را استفاده می نمایید؟

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | داروهای فشار خون |
| <input type="checkbox"/> | داروهای هورمونی |
| <input type="checkbox"/> | داروهای قلب |
| <input type="checkbox"/> | راکوتان |
| <input type="checkbox"/> | آلوپسی |
| <input type="checkbox"/> | کورتون |
| <input type="checkbox"/> | داروهای اعصاب |
| <input type="checkbox"/> | داروهای رقیق کننده خون (پلاویکس، آسپرین، وارفارین، ویتامین ای و...) |

لازم به ذکر است، لیست موارد فوق کامل نبوده و در صورت وجود هر گونه موارد مشکوک می بایست با پزشک مشورت گردد .
اینجانب موارد فوق را با دقت مطالعه و درک کرده و صحت آن را تایید می نمایم.