**כרטיס לקוח לטיפולי פדיקור**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הלקוח/ה** | **תאריך לידה** | **טלפון**  |
|  |  |  |
| **כתובת** | **אי -מייל**  | **מקצוע** |
|  |  |  |

אלרגיה / רגישות ל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הריון: כן / לא הנקה: כן / לא

סכרת: כן / לא קוצב לב: כן / לא אפילפסיה: כן / לא

מחלות אחרות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תרופות: מדללי דם / נוגדי קרישה / אחרות:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אבחנת תופעות ונגעים:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| אבחנה | לא | כן | מיקום | תיאור האבחנה |
| ציפורן חודרנית |  |  |  |  |
| פטרת |  |  |  |  |
| יבלות |  |  |  |  |
| היפרקרטוס |  |  |  |  |
| אקזמה |  |  |  |  |
| עיוותים של העצמות |  |  |  |  |

עדכון טיפול וקביעת תור חדש:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| תאריך הטיפול | תיאור הטיפול | תכשירים לבית | הערות | מחיר | תור חדש |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |