

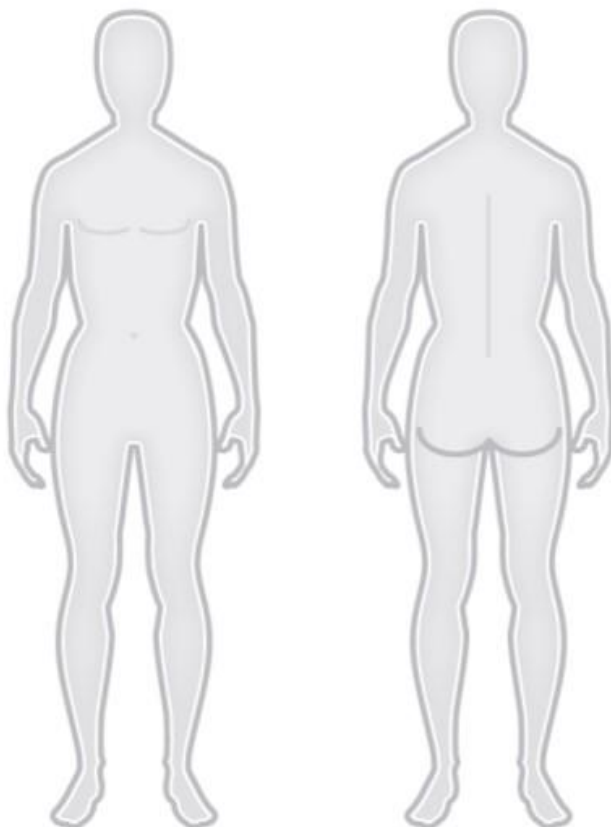
FORMULAIRE DE CONSULTATION RELATIVE AU TRAITEMENT

Nom du patient : _____ Date : _____

Consultation assurée par : _____ 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 : _____

Économie : _____

Remarques :

Signature du patient : _____ Date : _____