










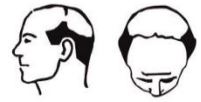


وحدة زراعة الشعر
استمارة معاينة

التاريخ: / /

1	
2	
2A	
3	
3A	
3 VERTEX	
4	
4A	
5	
5A	
6	
7	

الاسم واللقب : _____

العمر : _____

الجنس : _____

المهنة : _____

العنوان : _____

الهاتف : _____

البريد الإلكتروني : _____ @ _____

من الجهة التي اخبرتكم عنا؟ _____

سيرة ذاتية

هل تستعمل السجائر؟ _____

هل تشرب الكحول؟ _____

هل تستعمل ادوية؟ _____

هل لديك حساسية للادوية او التخدير : _____

العملية : _____

المرض : _____

اثار جروح في فروة الشعر : _____

تاريخ العائلة : _____

تساقط الشعر لافراد العائلة : _____

فحص الشعر

مدة تساقط الشعر؟ _____

ماهو سبب فقدان الشعر؟ _____

هل استخدمت طرق علاجية او ادوية اخرى؟ _____

العلاج الموصى به _____