

فرم مشاوره ریزش مو

تاریخ: / /

نام و نام خانوادگی:

جنسیت: سن: /
میزان تحصیلات: شغل: /
تلفن/موبایل: ایمیل:

آدرس ایمیلتان را صحیح و خوانا بنویسید برنامه از طریق ایمیل برایتان ارسال خواهد شد.

از چه طریقی با ما آشنا شده اید، گوگل، اینستاگرام، معرفی دوستان، سایر؟

اگر پرونده دارید و قبلا برنامه از بنده دریافت کرده اید، لطفا ذکر کنید چند دوره تحت درمان بوده اید و همچنین میزان تاثیر

برنامه دوره قبل خود را ذکر کنید:

لطفا نام و نام خانوادگی پرداخت کننده وجه، شماره پیگیری، تاریخ واریز، 4 رقم آخر کارت خود را بنویسید و چنانچه از طریق PayPal وجه را واریز نموده اید آدرس ایمیل واریزکننده و تاریخ واریز را ذکر نمایید.

لطفا از روی شکل وضعیت موهای خود را مشخص نمایید:



حتما علاوه بر انتخاب کلاس موهای خود چند عکس واضح از وضعیت موهای خود گرفته و همراه با فرم ارسال نمایید

آیا پدر یا مادر شما دچار ریزش مو، کم پشتی موها و یا طاسی می باشند؟ لطفا توضیح دهید.

دارای چه نوع موهایی می باشید؟ (خشک، معمولی، چرب)

آیا به شوره سر مبتلا هستید؟

چند وقت است دچار ریزش مو شده اید؟

اگر تاکنون از محصولات ضد ریزش مو استفاده کرده اید نام محصول و نتیجه استفاده از آن را بنویسید.

آیا سیگار می کشید؟ بطور متوسط چند نخ در روز؟

آیا مشروب می نوشید؟ به چه میزان؟

آیا ورزش می کنید؟ چه نوع ورزشی و چند ساعت در هفته؟

چند ساعت خواب شبانه دارید و آیا با مشکلاتی از قبیل بی خوابی و یا نیاز بیش از حد به خوابیدن مواجه هستید؟ لطفا توضیح دهید.

آیا زندگی پر استرسی دارید؟

اگر به بیماری(هایی) مبتلا هستید، لطفا به طور کامل توضیح دهید.

لطفا سابقه هر گونه بیماری در خانواده مادری و پدری مانند سرطان، دیابت، فشار خون، مشکلات کلیوی و غیره را بطور کامل بنویسید.

اگر به مشکلات روانی مانند افسردگی، وسواس، عدم کنترل عصبانیت و یا احساسات، بی قراری و... مبتلا هستید، لطفا به طور کامل توضیح دهید.

لیست کامل داروها و یا مکمل های غذایی که در حال حاضر مصرف می نمایید را بنویسید.

برنامه غذایی فعلی خود را به طور کامل بنویسید. (صبحانه، ناهار، شام، میان وعده ها، نوع نوشیدنی ها و میزان آن و...)

در پایان اگر توضیحی مازاد درباره شرایط جسمانی و یا روانی خود دارید، لطفا بنویسید.

نام و نام خانوادگی پر کننده فرم و امضا:

1. مسئولیت صحت اطلاعات پر شده در فرم بر عهده متقاضی می باشد و متقاضی می بایست بطور دقیق و کامل فرم درمان را پر نماید و پزشک را در جریان کامل وضعیت بدن، بیماری ها و داروی های مصرفی خود قرار دهد.
2. اینجانب اجازه استفاده از عکس هایم را در وب سایت و صفحه اینستاگرام دکتر نصیرزاده می دهم.
3. اینجانب صفحه سوالات متداول سایت را به شکل کامل مطالعه نمودم و از شانس کسب نتیجه و شرایط درمان به طور کامل آگاه می باشم.