

תאריך: \_\_\_\_\_

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_

VI
V
IV
III
II
I
 גוון צור המטופל/ת

כהה
בהיר

### טופס מעקב לטיפול הסרת שיער בלייזר

חתימת המטפלת	כמות אנרגיה מצטברת	עוצמת טיפול	אזורי טיפול	תאריך	טיפול מס'
					1
					2
					3
					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10

הערות כלליות:

---



---



---