

תאריך: \_\_\_\_\_

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_

גוון עור המטופל/ת: I II III IV V VI  
בהיר כהה

### התוויות נגד לטיפול במכשיר אורנוס פרו

- שומות או קעקועים באזור הטיפול
- היסטוריה של דלקות עור חוזרות
- נטילת תרופות פוטוסנסטיביות
- היריון (לרבות הפריה חוץ גופית IVF)
- היסטוריה של הרפס סימפלקס חוזר, בעיקר סביב הפה
- היסטוריה של הרפס באברי המין (בעת טיפול באזור ביקיני/ מפשעה)
- היסטוריה של הצטלקויות קלואידיות
- נטילת איזוטריטינואין בהווה או בששת החודשים האחרונים
- שימוש ב- A RETIN בהווה או בשלושת השבועות האחרונים
- אפילפסיה
- היסטוריה של מחלות עור כגון: פסוריאסיס, ויטיליגו, SKIN DISORDERS
- חשיפה לשמש ו/או שיזוף מלאכותי בימים האחרונים לפני הטיפול
- סרטן על כל סוגיו, במיוחד סרטן העור (מלנומה)

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת המטופל/ת: \_\_\_\_\_