

תאריך: _____

שם המטופל/ת: _____

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

טופס מעקב לטיפול בידית מיקרונידלינג/פרקשיונל לחידוש והצרת העור

טיפול מס'	תאריך	טיפול אזור	עוצמת אנרגיה RF	טיפ בשימוש	עוצמת וואקום	עומק המחט 0.4 - 4mm	מספר מעברים	חתימת המטופל/ת
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

הערות כלליות:
