

لطفاً جهت دریافت مشاوره اینترنتی ، موارد زیر را با دقت تکمیل و از طریق فرم مربوطه در وب سایت کلینیک برای مشاوران ما ارسال فرمایید.

نام: _____ نام خانوادگی: _____ تاریخ تولد: _____ وضعیت تاهل: _____
 استان / شهر: _____ تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____
 ایمیل: _____

طریقه آشنایی شما با مرکز از چه طریقی بوده است؟

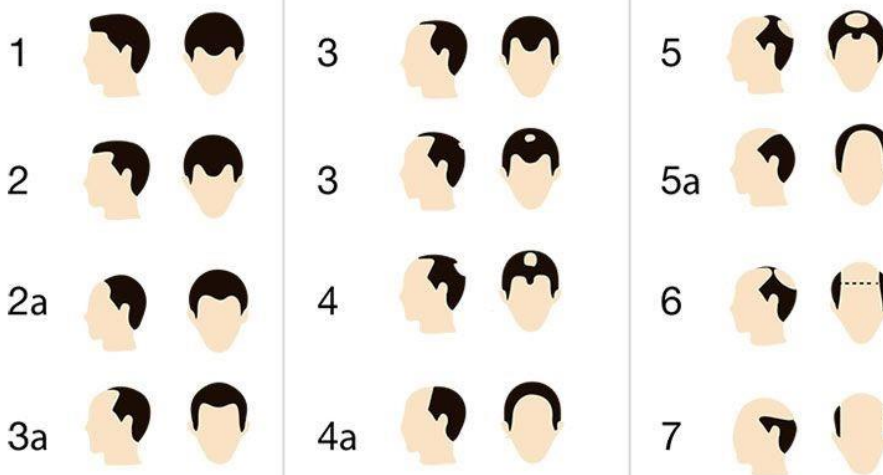
زمان شروع و اتمام ریزش موهای شما به چه صورت بوده است؟

در حال حاضر ریزش فعال دارید (در ۶ ماه اخیر میزان طاسی در شما پیشروی نموده باشد)

الگوی ریزش شما با کدام شماره از اشکال زیر مطابقت دارد؟

شدیدترین میزان طاسی در خانواده مادری متعلق به کیست؟ (با ذکر شماره از اشکال زیر)

شدیدترین میزان طاسی در خانواده پدری متعلق به کیست؟ (با ذکر شماره از اشکال زیر)





فرم دریافت اطلاعات جهت مشاوره

تاریخ تنظیم :

کد مدرک : F-003-00

بازنگری :

آیا تا کنون درمان خاصی نظیر درمان دارویی/PRP/مزوتراپی/پیوند موی طبیعی و یا... را انجام داده اید؟

در صورت داشتن هرگونه بیماری لطفا ذکر نمایید.

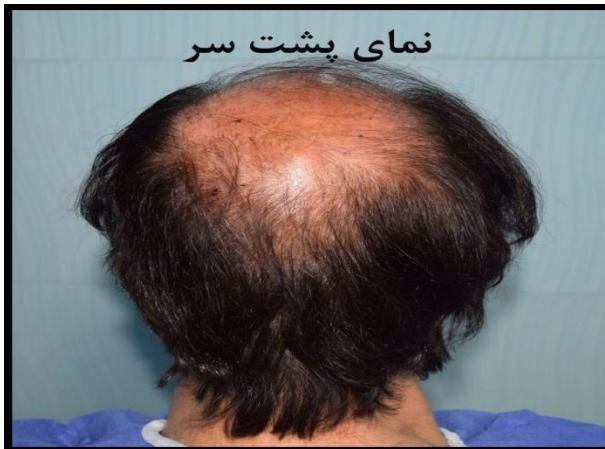
در صورت مصرف هرگونه دارو لطفا ذکر نمایید.

در صورت استفاده از سیگار/قلیان/مشروبات الکلی و مواد مخدر لطفا ذکر نمایید.

در مورد پیوند مو طبیعی چه می دانید؟

از پیوند مو طبیعی چه انتظاری دارید؟

لطفا پنج عکس مطابق با نماهای زیر ارسال نمایید



لطفاً برای ارسال عکسهای خود به نکات زیر توجه فرمایید:

- زاویه و جهت عکسها مشابه عکسهای نمونه باشد
- عکسهای ارسالی دارای نور کافی باشد
- در عکسهای ارسالی از پودرهای پر پشت کننده استفاده نفرمایید.
- در عکسهای ارسالی مناطق طاس به طور کامل دیده شود و از پوشاندن آن توسط سایر موها خودداری شود.
(مانند تصویر زیر)

