



.....  
Patientens namn

.....  
Datum

## HARMONY PROGRAM

Hjälper oss att bättre förstå dina önskemål och att skapa en naturlig och balanserad förändring som bygger på vad du önskar uppnå

Restylane®

Restylane  
SKINBOOSTERS™



## ÄR DU REDO ATT TA FRAM DEN BÄSTA SIDAN AV DIG SJÄLV?

Harmony består av en personlig behandlingsplan bestående av de senaste teknikerna och vetenskapligt bevisade säkra produkter för att återskapa och förstärka dina ansiktsdrag. Programmet tas fram av din certifierade behandlare tillsammans med dig, och skräddarsys efter dina unika önskemål och behov utifrån just din hudtyp och ansiktsdrag.

För att kunna  
skraddarsy  
programmet  
efter din  
personliga  
profil måste din  
certifierade  
behandlare  
förstå dina mål  
och  
förväntningar.  
Därför börjar  
Harmony  
programmet  
med detta  
personliga  
frågeformulär  
angående dina  
behov och  
önskemål  
gällande  
behandling.



Svara så noggrant som möjligt på frågorna, du behöver bara svara på delen som heter personlig utvärdering.

## PERSONLIG UTVÄRDERING

Ta god tid att svara på följande frågor. Baserat på dina svar under sista delen, motiveringsdelen, kommer du att få en poäng relaterad till din motivation och dina förväntningar, vilken syftar till att användas för att underlätta kommunikationen mellan dig och din certifierade behandlare. Delen som heter behandlarens utvärdering, fylls i av din behandlare under din konsultation.

All information kommer att behandlas strikt konfidentiellt.

Tack!

## Persondetaljer

---

1. Födelsedatum

2. Är du gravid eller ammar du?

☐

Ja

☐

Nej

Om ja, vänligen specificera

3. Röker du?

☐

Ja

☐

Nej

4. Är du allergisk?

☐

Ja

☐

Nej

Om ja, vänligen specificera

5. Äter du för närvarande några mediciner eller tillskott (tex smärtstillande, vitaminer etc)?

☐

Ja

☐

Nej

Om ja, vänligen specificera

---

All information kommer att behandlas strikt konfidentiellt.

---

## Bakgrund gällande estetiska behandlingar

---

1. Har du någonsin träffat någon av följande angående ditt utseende?

☐ Dermatolog   ☐ Kirurg   ☐ Plastikkirurg

☐ Kosmetisk tandläkare   ☐ Sjuksköterska

☐ Psykolog   ☐ Nej

☐ Om ja, vänligen specificera .....

2. Har du tidigare gjort någon estetisk behandling? Om ja vänligen specificera

☐ Dermatolog

☐ Kirurg

☐ Om ja, vänligen specificera

Datum för senaste injektion/Produkt(er)/Område(n) som behandlades

☐ Icke permanent filler injektion (hyaluronsyra, kollagen)

Datum för senaste injektion/Produkt(er)/Område(n) som behandlades

☐ Permanent filler injektion

Datum för senaste injektion/Produkt(er)/Område(n) som behandlades

☐ Laserbehandling   ☐ Microdermabrasion

☐ Kemisk peeling   ☐ Hårborttagning med laser