



## FICHE D'ANAMNÈSE CLIENT – Piercing oreilles

VAN BEAUTY T – Piercing ears only

Adresse : Rue du Pont 43, 1430 Rebecq

Gérante : Vanessa Michils

### ◆ IDENTITÉ DU CLIENT

- Nom, prénom : .....
- Date de naissance : ..... / ..... / .....
- Adresse : .....
- Téléphone : .....
- E-mail : .....

### ◆ INFORMATIONS MÉDICALES

Merci de cocher les éléments qui vous concernent :

- ☐ Diabète
- ☐ Hémophilie / troubles de la coagulation
- ☐ Allergies (nickel, latex, désinfectants, etc.)
- ☐ Traitement médicamenteux (anticoagulants, antibiotiques, corticoïdes, etc.)
- ☐ Grossesse ou allaitement
- ☐ Maladies de peau (eczéma, psoriasis, etc.)
- ☐ Antécédents d'infection ou cicatrice chéloïde
- ☐ Autre : .....

