



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 :

