Bulletin inscription

Consultation gratuite Dr Fares Seffen 30 Mars 2019 à Paris

Créneau souhaité : Matin Après-Midi

Sexe : M F

Age :

A quel âge la perte de cheveux à commencé ?

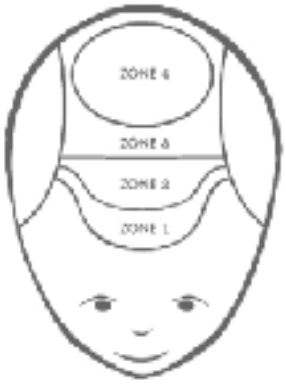
Couleur de cheveux ?

Utilisez-vous des produits/médication pour la perte de cheveux ? Oui Non

Antécédents médicaux ? Non Oui Si oui, Le(s)quel(s) ?

Avez-vous déjà eu une greffe de cheveux ? Oui Non

Si oui, combien de Greffons ?



Quels sont les domaines pour lesquels vous souhaiteriez être traité ? (Plusieurs choix possible)

Zone 1 Zone 2 Zone 3 Zone 4

Nom

Prénom

Adresse Mail

Téléphone

Commentaires