

QUESTIONNAIRE D'INTÉRÊT ESTHÉTIQUE FACIAL
INSÉRER LE NOM/LOGO DE LA CLINIQUE

Parlez-moi un peu de vous

Nous aimerions savoir pour quelles raisons vous êtes venu nous voir aujourd'hui. Ces informations nous permettront de personnaliser votre consultation, afin qu'elle réponde à vos besoins et préoccupations spécifiques

Nom : Date :

1. Veuillez nous indiquer les principales raisons de votre visite d'aujourd'hui :

2. Avez-vous déjà consulté au sujet de votre visage par le passé ? Oui Non

3. Si oui, avez-vous déjà bénéficié de traitements du visage ? Oui Non

4. Si non, depuis combien de temps envisagez-vous un traitement ?

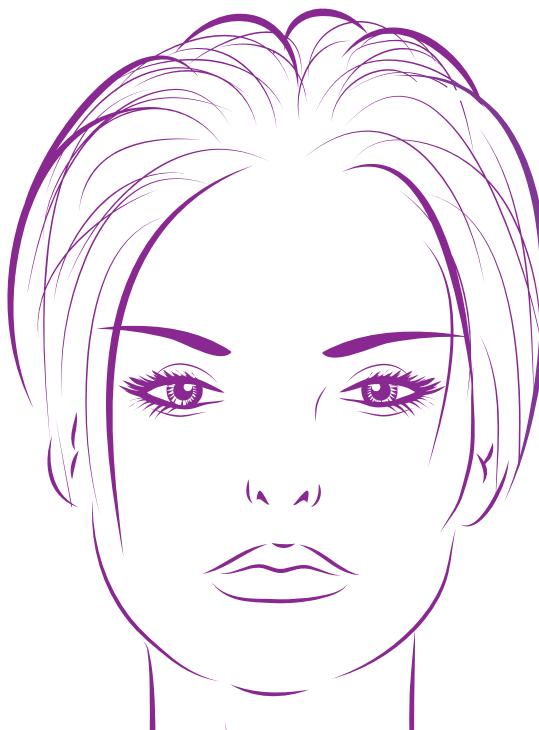
5. Connaissez-vous bien les différents traitements disponibles pour le visage ?
Veuillez entourer votre réponse sur l'échelle ci-contre (1 est le niveau de connaissance le plus faible) :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Veuillez indiquer ci-dessous les zones qui vous déplaisent ou qui vous préoccupent (entourez ou cochez les zones concernées) :

- Rides du front
- Rides du lion ou glabellaires

- Forme/taille des lèvres
- Rides du sourire ou sillons nasogéniens
- Forme de la mâchoire/du menton
- Rides du cou



- De manière générale
- Rides
 - Plis du visage
 - Plénitude du visage

- Paupières tombantes
- Ligne des sourcils
- Poches sous les yeux
- Volume des joues
- Forme du nez

Autre :

QUESTIONNAIRE D'INTÉRÊT ESTHÉTIQUE FACIAL

Comment avez-vous entendu parler de nous?

Mon Médecin,

Nom : Prénom :

Un(e) Ami(e),

Nom : Prénom :

Internet,

site internet :

Autre, veuillez préciser

.....

QUESTIONNAIRE D'INTÉRÊT ESTHÉTIQUE FACIAL
INSÉRER LE NOM/LOGO DE LA CLINIQUE

Parlez-moi un peu de vous

Nous aimerions savoir pour quelles raisons vous êtes venu nous voir aujourd'hui. Ces informations nous permettront de personnaliser votre consultation, afin qu'elle réponde à vos besoins et préoccupations spécifiques

Nom : Date :

1. Veuillez nous indiquer les principales raisons de votre visite d'aujourd'hui :

2. Avez-vous déjà consulté au sujet de votre visage par le passé ?

Oui Non

3. Si oui, avez-vous déjà bénéficié de traitements du visage ?

Oui Non

4. Si non, depuis combien de temps envisagez-vous un traitement ?

Mois

Années

5. Connaissez-vous bien les différents traitements disponibles pour le visage ?

Veuillez entourer votre réponse sur l'échelle ci-contre
(1 est le niveau de connaissance le plus faible) :

1

2

3

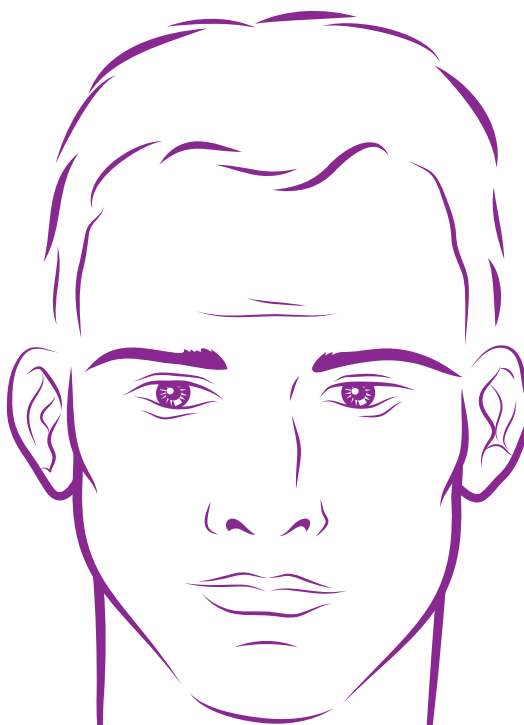
4

5

Veuillez indiquer ci-dessous les zones qui vous déplaisent ou qui vous préoccupent
(entourez ou cochez les zones concernées) :

- Rides du front
- Rides du lion ou glabellaires

- Forme/taille des lèvres
- Rides du sourire ou sillons nasogéniens
- Forme de la mâchoire/du menton
- Rides du cou



De manière générale

- Rides
- Plis du visage
- Plénitude du visage

- Paupières tombantes
- Ligne des sourcils
- Poches sous les yeux
- Volume des joues
- Forme du nez

Autre :

QUESTIONNAIRE D'INTÉRÊT ESTHÉTIQUE FACIAL

Comment avez-vous entendu parler de nous?

Mon Médecin,

Nom : Prénom :

Un(e) Ami(e),

Nom : Prénom :

Internet,

site internet :

Autre, veuillez préciser

.....