

Karteiblatt / Mamillenrekonstruktion

Name

Telefon

Adresse

Email

☐

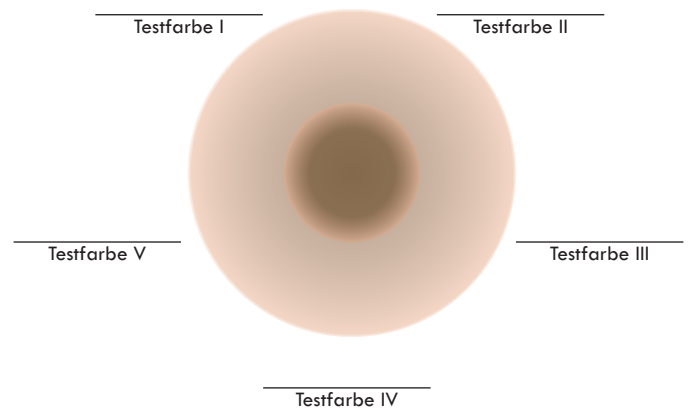
Einverständniserklärung vorhanden

☐

Pflegehinweis erhalten

TESTBEHANDLUNG

- I. Testfarbe: _____
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer
- II. Testfarbe: _____
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer
- III. Testfarbe: _____
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer
- IV. Testfarbe: _____
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer
- V. Testfarbe: _____
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer



Schnittstellenverlauf einzeichnen

☐

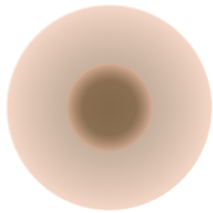
linke Brust

☐

rechte Brust

ERSTBEHANDLUNG

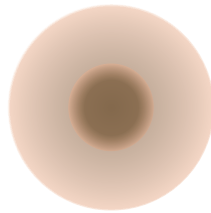
Datum: _____



Farbwahl: _____
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer

ZWEITBEHANDLUNG

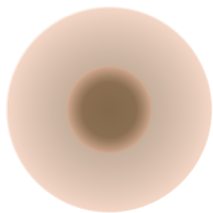
Datum: _____



Farbwahl: _____
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer

DRITTBEHANDLUNG

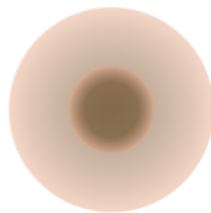
Datum: _____



Farbwahl: _____
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer

VIERTBEHANDLUNG

Datum: _____



Farbwahl: _____
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer

GAUBE[®]
paraMED

MS Gaube Kosmetik GmbH
Schwimmschulkai 108, A-8010 Graz
Tel +43 (0) 316 / 68 24 70 - 0, Fax DW -4
www.gaube-kosmetik.at

Datum, Unterschrift Kunde