

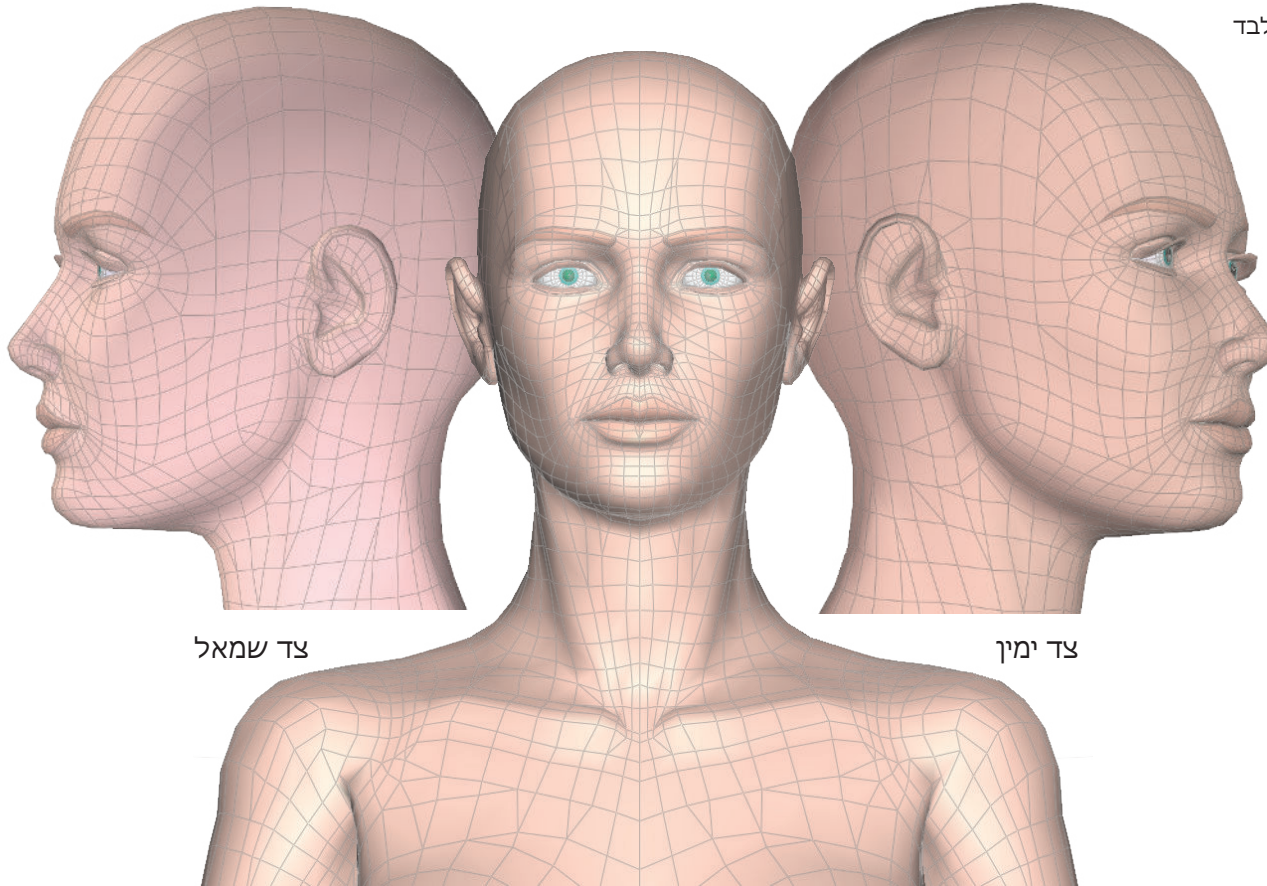
שם לקוח/ה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_

טלפון נייד \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_ ת.לידה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

סמנ'י את אזור הטיפול

לפני כל טיפול

- יש לערוך "בדיקת שיוף" לוודא שהאזור אינו שזוף
- יש להשתמש בשבלונה בעת הטיפול
- בשימוש בטכניקת Stationary הטיפול בכל נגע יעשה בפולס אחד בלבד
- מומלץ לבצע סדרה של טיפול אחד עד שלושה טיפולים



צד שמאל

צד ימין

הערות

---



---



---



---



---



---



---

