



## Richiesta di Inserimento nel Portale di Chirurgia Estetica

Affinchè il nostro staff possa verificare le sue credenzialità, è necessario compilare il seguente questionario informativo in ogni sua parte cercando di fornire maggiori informazioni possibili.

**Una volta compilato e firmato il modulo, dovrete inviarlo a questo n. di Fax 02-700554123** e dopo che il nostro personale avrà analizzato la vostra richiesta, sarete ricontattati telefonicamente.

### Barrare gli interventi che vengono praticati :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rinoplastica            | <input type="checkbox"/> Addominoplastica               | <input type="checkbox"/> Chirurgia della Calvizie         |
| <input type="checkbox"/> Turbinati Nasali        | <input type="checkbox"/> Gluteoplastica                 | <input type="checkbox"/> Liposuzione -<br>Lipoaspirazione |
| <input type="checkbox"/> Rinoseptoplastica       | <input type="checkbox"/> Mentoplastica                  | <input type="checkbox"/> Lipostruttura / Lipofilling      |
| <input type="checkbox"/> Mastopessi              | <input type="checkbox"/> Otoplastica                    | <input type="checkbox"/> Peeling Chimico                  |
| <input type="checkbox"/> Mastoplastica Riduttiva | <input type="checkbox"/> Lifting Viso Collo             | <input type="checkbox"/> Fillers / Acido ialuronico       |
| <input type="checkbox"/> Mastoplastica Additiva  | <input type="checkbox"/> Lifting Corpo Braccia<br>Cosce | <input type="checkbox"/> Dermoabrasione                   |
| <input type="checkbox"/> Ginecomastia            | <input type="checkbox"/> Blefaroplastica                | <input type="checkbox"/> Botox / Tossina Botulinica       |

### Laser Chirurgici Posseduti :

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ND Yag - Impulso Lungo | <input type="checkbox"/> Erbium                                   | <input type="checkbox"/> Alessandrite |
| <input type="checkbox"/> ND Yag - Q-Switched    | <input type="checkbox"/> Diodo - Diodi                            | <input type="checkbox"/> Luce pulsata |
| <input type="checkbox"/> Co2                    | <input type="checkbox"/> Indicare eventuali altri laser posseduti |                                       |

### Indicare Provincia/e dove vengono eseguite Visite ed Interventi :

Indicare una o piu province

### Società a cui si è iscritti :

**Orari in cui è possibile essere contattati dal paziente :**

	<b>Mattina</b>	<b>Pomeriggio</b>
<b>Lunedì</b>	Dalle _____ Alle _____	Dalle _____ Alle _____
<b>Martedì</b>	Dalle _____ Alle _____	Dalle _____ Alle _____
<b>Mercoledì</b>	Dalle _____ Alle _____	Dalle _____ Alle _____
<b>Giovedì</b>	Dalle _____ Alle _____	Dalle _____ Alle _____
<b>Venerdì</b>	Dalle _____ Alle _____	Dalle _____ Alle _____
<b>Sabato</b>	Dalle _____ Alle _____	Dalle _____ Alle _____

\* campi obbligatori

**Dati Anagrafici Chirurgo Plastico**

**Nome Chirurgo \***

**Indirizzo \***

**Città \***

**Provincia \***

**Medico di Rif. \***

**Ordine dei Medici di : \***

**Indirizzo Email \***

**Sito Web**

**Telefono Studio \***

**Consento il trattamento dati Legge n. 196/2003**

**Firma del Medico**

**Elenco Chirurghi.com**

+ Prendetevi cura di Voi Stessi !