

Egenremiss för Estetik behandling skickas till:

Holt Hudklinik
Norra Strandgatan 11
25220 Helsingborg

Kontaktuppgifter:

Namn: _____

Adress: _____ Postnr: _____ Ort: _____

Personnr: _____ Telefon: _____

Önskar behandling:

Laser: (Borttagning av hudförändringar) _____

IPL: (Pigment, Kärl, Hår, Hudföryngring) _____

Botox/Fillers: (Restylane, Teosyal, skinbooster) _____

Medicinsk ansiktsbehandling: (Pigment, Acne, Åldrad Hud, Rosacea) _____

Injektion kärl Ben: _____

Övrigt: _____

Tidigare besök hos Holt Hudklinik Ja |_| Nej |_|

Vilken Vecko Dag/tider (fm/em) passar er bäst vid en bokning:
(för att förhindra ombokningar/avbokningar)

Dag/Tid _____ Månd-Fred 8.30-16.00

Vid Bokning ringer vi er ANGE lämplig tid och dagar för återkoppling:

Dag/Tid _____

Datum: _____ Ort: _____ Namnteckning: _____

OBS! . Uteblivet besök faktureras 550kr (Läkare) ; 350kr (Sköterska).