

BEHANDELFORMULIEREN

In te vullen door een Body-wizard Duo cryolipolyse specialist.

Naam cliënt: _____

Behandeling 1

Datum: _____

Zone	Omtrek	Plaatsing behandelkop	Gebruikte behandelkop & opzetstuk	Tijd en temperatuur	Vacuüm

Behandeling 2

Datum: _____

Zone	Omtrek	Plaatsing behandelkop	Gebruikte behandelkop & opzetstuk	Tijd en temperatuur	Vacuüm

Behandeling 3

Datum: _____

Zone	Omtrek	Plaatsing behandelkop	Gebruikte behandelkop & opzetstuk	Tijd en temperatuur	Vacuüm