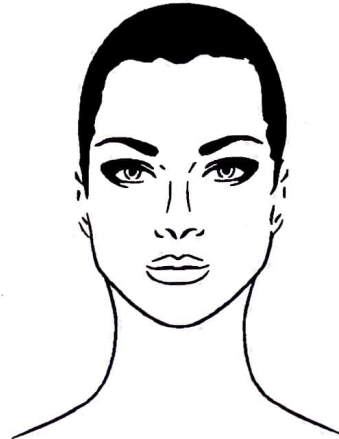
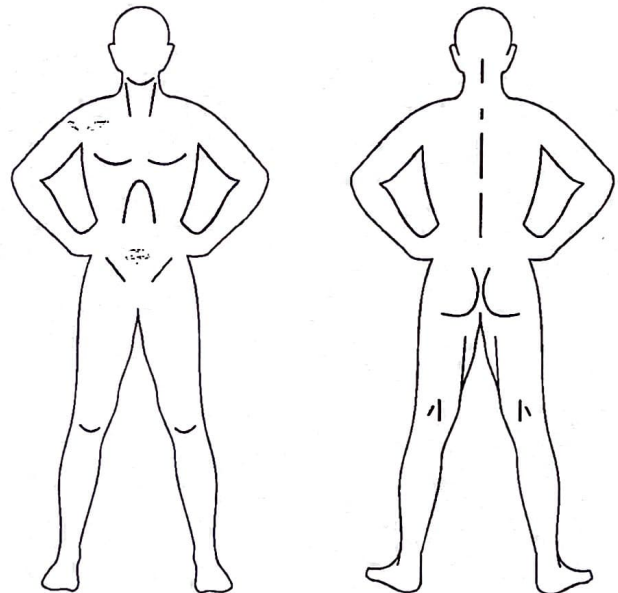


**Behandlungsregionen
Gesicht:**



**Behandlungsregionen
Körper:**



** Im behandelten Bereich bitte keine zu enge Kleidung tragen (Entzündung!)*

Datum, Ort: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift des behandelnden Arztes/
Stempel: _____