

Name.....**Vorname**.....

Strasse.....

Stadt (mit PLZ).....**Land**.....

Tel (mit Vorwahl).....**mobil**.....

E-Mail.....

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Variante (A) oder (B) an:

(A) Ich möchte gerne wissen, ob die von mir gewünschte OP überhaupt möglich ist; MEDIbeauté wird mich informieren.

(B) Ich möchte gerne selber mit dem Operateur sprechen und werde diesen zum von MEDIbeauté vereinbarten Zeitpunkt anrufen. Der Operateur wird mich aufgrund der ihm vorliegenden Unterlagen persönlich beraten.

(Dafür muss ich lediglich einen Unkostenbeitrag von 10 €bezahlen.)

Ich habe mir dafür folgenden Arzt / folgende Ärztin ausgesucht:

Dr.....**Klinik**.....

Mein Wunschtermin:.....

Weitere Terminmöglichkeiten:.....

Ich interessiere mich folgende **Operation:** (bitte ankreuzen)

Brustvergrößerung

Brustverkleinerung

Bruststraffung

Fettabsaugung (bitte angeben, welche Körper-Regionen):

Straffung (ggf. einschl. Fettabsaugung) folgender Körperregionen:

Face- Lift

Augenlid – Straffung

Nasen – Korrektur

Ohren – Korrektur

Kinn - Korrektur

Gesäß – Modellierung

Haartransplantation

Hautbehandlung

Lippen- Korrektur

Sonstiges :

