

Anamnese

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

um eine - für Sie - bestmögliche Methode der Behandlung zu wählen, ist es wichtig, dass die folgenden Fragen gewissenhaft beantwortet werden. Sollten Sie eine der folgenden aufgelisteten gesundheitlichen Fragen mit „Ja“ antworten, darf die Behandlung nicht durchgeführt werden oder es ist besondere Vorsicht geboten. Evtl. sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt, um eine schriftliche Freigabe zur kosmetischen Behandlung zu erhalten.

(Bitte zutreffendes ankreuzen):

Allgemeine Krankheiten

Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Persönlichkeitsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutungskrankheiten/Gerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgefäße in schlechtem Zustand (z.B. Arteriosklerose, Aneurysma)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Durchblutungs-/Mikrozirkulationsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Thrombose/Venenleiden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufinsuffizienz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher/Defibrillatoren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Akutes Fieber/akute Infektion	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Akuter Herpes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Krebs/maligner Tumor/Verdacht auf Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hypalgesie (vermindertes Schmerzempfinden)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Sinneswahrnehmung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verringerte Reflexe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Große periphere Nerven	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Entzündungen der peripheren Nerven	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Nieren-/Leberfunktion	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Medikamente

Kortison Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
Blutverdünner (z.B. Aspirin, Marcumar) Ja Nein
Sonstige Einnahme von Präparaten: Ja Nein

Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja Nein
Sind Sie in der Stillzeit? Ja Nein
Operationsnarben Ja Nein
Wenn ja, wo und wie alt sind diese? Ja Nein

Prothesen Ja Nein
Implantate (z.B. Silikon) Ja Nein
Zahnimplantate Ja Nein Sonstige metallhaltige Implantate Ja Nein
Wurde vor kurzem ein starkes Peeling durchgeführt? Ja Nein
(z.B. Fruchtsäure, Carbon Peeling, mechanisches Peeling, Schälkur) Ja Nein

Andere Erkrankungen Ja Nein
Liegen Allgemeinbeschwerden vor? Ja Nein
Wenn ja, welche: Ja Nein
Bemerkungen: Ja Nein

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben ausgeführten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über mögliche Risiken und Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Behandlung ausführlich informiert wurde.

Mir wurden mögliche Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung aufgezeigt und deren Risiken und Nebenwirkungen erklärt. Zudem bin ich auf die mögliche Notwendigkeit einer vorherigen (fach-) ärztlichen Abklärung hingewiesen worden. Ebenso bestätige ich, dass ich alle Punkte der Ausführungen zur Behandlung sowie Erklärungen dazu vollständig gelesen und verstanden habe. Es ist mir bewusst, dass ein Mangel an Zusammenarbeit den Behandlungserfolg mindern kann.

Ich verpflichte mich, Sie bei Hautveränderungen und sonstigen Auffälligkeiten der behandelten Stelle oder gesundheitlichen Veränderungen unverzüglich schriftlich zu informieren.

Ich hatte die Gelegenheit, dem Berater jede Frage zur vorgeschlagenen Behandlung zu stellen und habe keine offenen Fragen mehr.

Ort/ Datum / Unterschrift Kunde