

ANAMNESEBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname: _____ Name: _____

Wie möchten Sie angesprochen werden?: Sie ☐ Du ☐

Geburtsdatum: ____/____/____ HandyNr: ____/____

Straße: _____ Nr. _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail: _____

Welchen Beruf üben Sie aus?: _____

Wie sind Sie auf Hautnah aufmerksam geworden: _____

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Epilepsie
- ☐ Autoimmunerkrankung
- ☐ Hauterkrankung
- ☐ Neurodermitis / Psoriasis
- ☐ Herpes
- ☐ Wundheilungsstörungen
- ☐ Blutgerinnungsstörungen
- ☐ Sonstige: _____

NUR FÜR FRAUEN

Liegt eine **Schwangerschaft** vor? Ja ☐ Nein ☐ wenn Ja—> Sie in der Stillzeit? Ja ☐ Nein ☐

MEDIKAMENTE

Kortison **Ja** ☐ **Nein** ☐

Antibiotika **Ja** ☐ **Nein** ☐

Blutverdünner (z.B. Aspirin, Marcumar) **Ja** ☐ **Nein** ☐

Hormone (Pille, Spirale, Implantat etc.) **Ja** ☐ **Nein** ☐

Sonstige Medikamente: **Ja** ☐ welche:

HAUT- UND ANDERE KRANKHEITEN

Allergien (besonders Kosmetika/Inhaltsstoffe, Latex) **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn Ja

welche: _____

Rosacea (Hauterkrankung) **Ja** ☐ **Nein** ☐

andere Haut- /Krankheiten **Ja** ☐ welche: _____

Operationsnarben **Ja** ☐ wo und wie alt sind diese ? _____

Neigen Sie zu Kelloiden (Narbenwucherungen) **Ja** ☐ **Nein** ☐

SONSTIGES

Sollten Sie eine der folgenden **rot** aufgelisteten gesundheitlichen Fragen mit „Ja“ beantworten, **ist besondere Vorsicht geboten: Herzrhythmusstörungen, Herz-Kreislaufinsuffizienz, Herzschrittmacher, Defibrillatoren. Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen etc.). Entzündungen, Infektion, Fieber. Akuter Lippen-Herpes. Krebs /Tumor, vermindertes Schmerzempfinden, verringerte Reflexe, eingeschränkte Sinneswahrnehmung oder -Störung.**

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige, über die Behandlung, mögliche **Risiken, Nebenwirkungen und Alternativen** aufgeklärt worden zu sein. Auf eine gegebenenfalls notwendige ärztliche Abklärung wurde ich hingewiesen. Ich habe alle Informationen verstanden, konnte Fragen stellen und habe **keine offenen Fragen**. Ich verpflichte mich, relevante Haut- oder Gesundheitsveränderungen unverzüglich mitzuteilen (0178-6540802).

Ich bin mit der Behandlung einverstanden und möchte diese heute durchführen lassen.

Gronau, _____. _____ Unterschrift Kunde: _____