

---

## ANAMNESE

---

Sehr geehrte Kundin,

bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus und bringen ihn zu ihrer Kennenlernbehandlung mit. Ihre Antworten erleichtern es mir, die bestmögliche Behandlung für Sie auszuwählen. Sollten Sie nicht alles gleich beantworten können oder Sie haben noch weitere offene Fragen, besprechen wir das alles vor ihrer ersten Behandlung.

Sollten Sie eine der folgenden aufgelisteten gesundheitlichen Fragen mit „Ja“ antworten, darf die Behandlung nicht durchgeführt werden oder es ist besondere Vorsicht geboten. Sie können sich jedoch gerne mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen, um eine Freigabe zur kosmetischen Behandlung zu erhalten. Bitte lassen Sie sich in diesem Fall eine schriftliche Bestätigung geben.

**(Bitte zutreffendes ankreuzen):**

**Allgemeine Krankheiten**

|   |    |                          |      |                          |
|---|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Epilepsie   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Blutungskrankheiten/Gerinnungsstörung                                 | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Blutgefäße in schlechtem Zustand<br>(z.B. Arteriosklerose, Aneurysma) | 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                      | 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 | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotika                            | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Blutverdünner (z.B. Aspirin, Marcumar) | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Einnahme von Präparaten:      |    |                          |      |                          |
- 
-

## Haut- und Haarkrankheiten

- |                               |    |                          |      |                          |
|-------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Neurodermitis                 | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Schuppenflechte               | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Ekzeme                        | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Wundheilungsstörungen         | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Pilzkrankungen                | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Infizierte oder offene Wunden | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Couperose                     | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Rosacea                       | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Krampfadern                   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Hitzeempfindlichkeit          | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| andere Hautkrankheiten        | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche:

---

---

---

## Sonstiges

Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja  Nein

Sind Sie in der Stillzeit? Ja  Nein

Operationsnarben Ja  Nein

Wenn ja, wo und wie alt sind diese?

---

Prothesen Ja  Nein

Implantate (z.B. Silikon) Ja  Nein

Zahnimplantate Ja  Nein

Sonstige metallhaltige Implantate Ja  Nein

Wurde vor kurzem ein starkes Peeling Ja  Nein

durchgeführt? (z.B. Fruchtsäure, Carbon Peeling,  
mechanisches Peeling, Schälkur)

Andere Erkrankungen Ja  Nein

Liegen Allgemeinbeschwerden vor? Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

---

---

Bemerkungen

---

---

---

---

## 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 zu informieren.

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

---

Datum / Unterschrift Kunde