

FRAGEBOGEN | MICRONEEDLING

Kunde _____

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich, mit einem unserer Mitarbeiter. Ihre Antworten erleichtern es uns, die bestmögliche Behandlung für Sie auszuwählen.

Wurde bei Ihnen schon einmal eine ähnliche Behandlung durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann und welche:

Haben Sie bereits einen operativen Eingriff in der zu behandelnden Region durchführen lassen? Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein? Ja Nein

Nehmen Sie Antibiotika, Kortison-Präparate, entzündungshemmende Medikamente, die zu einer erhöhten Lichtempfindlichkeit führen? Ja Nein

Besteht eine Diabetes, die nicht unter Kontrolle ist? Ja Nein

Besteht oder bestand eine Hautkrebserkrankung? Ja Nein

Besteht oder bestand eine Hepatitis oder HIV-Infektion? Ja Nein

Neigen Sie zu Rötungen, Schwellungen oder Nesselsucht? Ja Nein

Besteht eine Allergie gegen ein Anästhesiemittel? Ja Nein

Leiden Sie unter einer akuten Herpes-Infektion? Ja Nein

Sind Sie zurzeit schwanger oder befinden sich in der Stillzeit? Ja Nein

Neigen zu Hypo-Hyperpigmentierung? Oder zur Narbenbildung? Ja Nein

Bemerkungen:

Liegen derzeit irgendwelche Allgemein-Beschwerden vor? Ja Nein



KOSMETIK

Wenn ja, welche:

Bei Herpes sollte die Behandlung nicht durchgeführt werden, da der Herpes sich durch die Behandlung auf andere Hautregionen ausbreiten kann.

Datum | Unterschrift Kunde