



KOSMETIK

FRAGEBOGEN | DIODENLASER

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.

Bitte beachten Sie, dass bei den unten genannten Aufzählungen eine Behandlung ausgeschlossen ist. Wir empfehlen vorerst Ihren zuständigen Arzt aufzusuchen, um eine Freigabe der Behandlung zu erhalten.

Bestehen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen:
(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Herzrhythmusstörungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Entzündungen auf der Haut	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen etc.)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Bemerkung

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Liegen derzeit irgendwelche Allgemeinbeschwerden vor? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Leiden Sie an folgenden Krankheiten oder waren Sie in der Vergangenheit davon betroffen.

Bitte beachten Sie, dass bei den unten genannten Aufzählungen, eine Behandlung ausgeschlossen ist. Wir empfehlen vorerst Ihren zuständigen Arzt aufzusuchen, um eine Freigabe für die Behandlung zu erhalten. Bei Herpes sollte die Behandlung nicht durchgeführt werden, da der Herpes sich durch die Behandlung auf andere Hautregionen ausbreiten kann.

Medikamente

Eisenpräparate	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Kortison	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Johanneskraut	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Hautkrankheiten

Neurodermitis	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Hautkrebs	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schuppenflechte	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Vitiligo (Weißfleckenkrankheit)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ekzeme	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Akute Hautkrankheiten (z.B. Pilzkrankungen)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
andere Hautkrankheiten	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche:

Infektionen

Akuter Herpes	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Akutes Fieber	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
andere Infektionen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche:

Sonstige

Epilepsie	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Überfunktion oder Unterfunktion)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
andere Erkrankungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche:

Sind Sie zurzeit schwanger? Ja Nein

In der Schwangerschaft und in der Stillzeit sollten Sie nicht behandelt werden, weil aufgrund der Schwankung des Hormonspiegels eine erfolgreiche Behandlung nicht gewährleistet werden kann. Zudem gibt es aktuell keine Untersuchungen, ob eine Behandlung während der Schwangerschaft unbedenklich ist. In der Regel legt sich der Hormonhaushalt spätestens 1 Jahr nach Ende der Stillzeit.

Bei Blutungsneigungen oder der Einnahme von Blutverdünnungsmedikamenten (z.B. Aspirin, Marcumar) empfehlen wir vorerst Ihren zuständigen Arzt aufzusuchen, um eine Freigabe für die Behandlung zu erhalten.

Liegen bei Ihnen vor:

Prothesen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Implantate (z.B. Silikon)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Zahnimplantate	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Sonstige metallhaltige Implantate (z.B. Schrauben, Platten)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Bemerkung

Datum | Unterschrift Kunde