

ANAMNESE FRAGEBOGEN

KUNDENDATEN

Name
Vorname
Geb.-Datum
Anschrift
Tel.
Datum

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

dieser Anamnese Fragebogen dient der Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs zu Ihrer Behandlung.

Bitte lesen Sie diesen vor dem Aufklärungsgespräch durch und füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus.

Für eine bessere Lesbarkeit verwenden wir die männliche Form, sprechen aber damit alle Geschlechter an.

HAUTPROBLEME

- Akne
 Aging
 Narben
 Irritationen
 Verstopfte Poren
 Ölig
 Trocken
 Sonnenempfindlich
 Pigmentierung
 Sonstige:

PFLEGE ROUTINE

- Reinigung
 Toner
 Augencreme
 Peeling
 Serum
 Feuchtigkeitscreme
 Sonstige:

DISTANZZEITEN

Hatten Sie innerhalb der angegebenen Distanzzeit eine der folgenden Behandlungen?

- | Nein | Ja |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Laserbehandlungen innerhalb der letzten 3 Monate |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fadenlifting innerhalb der letzten 4 Wochen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Injektion mit Fillern innerhalb der letzten 3 Monate |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Injektion Botulinumtoxin (Botox) innerhalb der letzten 3 Tage |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Einnahme von Vitamin A Säuren (> 20 mg) wie Isotretinoin in den letzten 6 Monaten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IPL (intensiv pulsierendes Licht) innerhalb der letzten Woche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mikrodermabrasion innerhalb der letzten Woche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Intensives Peeling z.B. mit Fruchtsäure |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Andere Behandlung innerhalb der letzten 14 Tage: |

UNBEDENKLICHKEIT

Liegt bei Ihnen einer der folgenden Umstände vor?
 Wenn ja, wurde die Unbedenklichkeit der geplanten Behandlung von Ihrem behandelnden Arzt bestätigt?

- | Nein | Ja |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft oder Stillzeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeit bestätigt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nach Strahlen- & Chemotherapie (mind. 3 Monate) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeit bestätigt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schwere Durchblutungsstörungen, Arteriosklerose, Aneurysma, Thrombose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeit bestätigt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vermindertes Schmerz- oder Wärmeempfinden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeit bestätigt |

KONTRAINDIKATIONEN GLOBAL

Liegen bei Ihnen eine der folgenden Kontraindikationen vor?

- | Nein | Ja |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Krebs (vor, während und 3 Monate nach der Therapie), oder der Verdacht darauf |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Akute Infekte oder Entzündungen (systemisch), fieberhafte Zustände |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Krankhafte Hautzustände im Entzündungsschub und/oder mit unkontrollierbarer Reaktivität? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sklerodermie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Andere: |

KONTRAINDIKATIONEN IM BEHANDLUNGSAREAL

Liegen bei Ihnen eine der folgenden Kontraindikationen im geplanten Behandlungsareal vor?

- | Nein | Ja |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hautkrebs, in Therapie plus 3 Monate danach, oder der Verdacht darauf |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Akute Entzündungen oder Infektionen der Haut |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Offene Hautstellen im Behandlungsareal nach Strahlen- & Chemotherapie (mind. 3 Monate) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher oder Implantate |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Piercing, Tattoos und/oder permanent Make-up |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Narben |



ANAMNESE FRAGEBOGEN

AKUTE KRANKHEITSBILDER

Liegen bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Krankheitsbilder akut vor?

Nein Ja

- Fieber
- Husten oder Schnupfen
- Störung des Geruchs- oder Geschmackssinns
- Halsschmerzen
- Kopf- oder Gliederschmerzen, Übelkeit
- Entzündungen jeder Art
- Infektionen jeder Art

CHRONISCHE KRANKHEITSBILDER

Liegen bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden chronischen Krankheitsbilder vor?

Nein Ja

- Schilddrüsenerkrankung, wenn ja, welche Art der Erkrankung:

- Diabetes
- Bluthochdruck
- Herzrhythmusstörungen
- Kreislaufinsuffizienz
- Gestörte Blutgerinnung / Neigung zur Blutung
- Venenentzündung
- Krampfadern
- Sklerose (krankhafte Verhärtung von Gewebe oder Organen)
- Nierenentzündung
- Atmungsbeschwerden
- Asthma
- Tuberkulose
- Knötchen (ungeklärter Herkunft)
- Fieberbläschen = Herpes labialis
- Schuppenflechte
- Epilepsie
- Klaustrophobie (Platzangst)
- Übererregbarkeit, Stress-Überempfindlichkeit
- Andere:

IMPLANTATE

Haben Sie metallische Implantate in ihrem Körper?

Nein Ja

-

FAMILIENKRANKHEITEN

Nein Ja, und zwar:

SONNENEINSTRALUNG

Treiben Sie regelmäßig draußen Sport oder bewegen Sie sich an der frischen Luft?

Nein Ja, und zwar:

ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Nein Ja, und zwar gegen:

EINGENOMMENE MEDIKAMENTE

Blutverdünnende und / oder lichtempfindlichkeit steigernde Medikamente (wie Tetracykline, Sulfonamide, Griseofulyn u.a.):

Keine Regelmäßig:

In den letzten zwei Monaten (von – bis):

AUF DIE HAUT ANGEWANDTE MEDIZINISCHE MITTEL WIE SALBEN, CREMES, ODER ANDERE:

Keine In den letzten zwei Monaten (von – bis):

CORTISONHALTIGE ZUBEREITUNGEN FÜR DIE HAUT:

Keine Ja, (von – bis):



ANAMNESE FRAGEBOGEN

REGELMÄßIGER KONSUM

Nein Ja

- Zigaretten
 Alkohol
 Drogen
 Andere potentiell abhängig machende Stoffe:

GUTARTIGE/BÖSENTUMORE:

- Nein
 Ja, und zwar:

BESUCHEN SIE SOLARIEN?:

- Nein
 Ja, so oft im Monat:

GEHEN SIE IN DIE SAUNA?:

- Nein
 Ja, so oft im Monat:

LICHTEMPFINDLICHKEIT

Besteht eine erhöhte Lichtempfindlichkeit, Licht- oder Sonnenallergie?

- Nein
 Ja

ANMERKUNGEN DES BEHANDLERS

Ich habe den Kunden anhand des vorliegenden Anamnese Fragebogens über die Behandlung aufgeklärt.

Auf Basis Ihrer aktuellen Hautsituation zur Verbesserung des Hauterscheinungsbildes ist folgende Behandlung vorgesehen:

In folgendem Behandlungsareal:

- Gesicht & Hals Dekolleté

Anzahl der empfohlenen Anwendung(en):

Turnus der Anwendung:

- monatlich 14-tägig wöchentlich täglich
 anderer:

INDIVIDUELLE HINWEISE

KUNDENINFORMATIONEN:

Durch die Behandlung werden hauteigene Regenerationsprozesse aktiviert. Daher ist besonders in den Tagen nach der Behandlung eine hochwertige Pflege wichtig. Ihre optimale Pflege, individuell auf die Bedürfnisse Ihrer Haut angepasst, entnehmen Sie bitte Ihrem persönlichen Heimpflegeplan.

BITTE BEACHTEN SIE:

Wie bei allen Behandlungen mit intensiver Wirkung ist die Einhaltung bestimmter Verhaltensregeln gemäß internationaler Sicherheitsrichtlinien angezeigt. Für optimalen Hautkomfort und Ihre Sicherheit beachten Sie bitte folgende Regelungen:

1 WOCHE VOR DEM TREATMENT

- Verwenden Sie keine Produkte, die Fruchtsäure oder ätherische Öle enthalten.

AM BEHANDLUNGSTAG UND TAG DANACH

- Verzichten Sie auf Pflege- oder Make-up-Produkte im Behandlungsareal, beginnen Sie Ihre Pflegeroutine erst wieder abends am zweiten Tag nach der Behandlung.

AN 7 TAGEN NACH DER BEHANDLUNG

- Verwenden Sie keine Produkte im Behandlungsareal, die stark durchblutungsfördernd wirken.
- Verwenden Sie keine Produkte mit folgenden Inhaltsstoffen:
 - Alkohol (INCI: Alkohol denat.)
 - Vitamin A
 - Vitamin C
- Verwenden Sie keine Produkte, die Fruchtsäure oder ätherische Öle enthalten.
- Vermeiden Sie starkes Schwitzen (z.B. Sport).
- Verzichten Sie auf heiße Duschen, Sauna, Dampfbäder, Schwimmbäder oder Ähnliches.

ANAMNESE FRAGEBOGEN

EINWILLIGUNG DES KUNDEN

Ich habe dieses Formular nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und erkläre mich bereit, meinen Behandler über etwaige Änderungen der Angaben auf allen Seiten dieses Kundenaufnahmeformulars zu informieren. Ich wurde über die Kontraindikationen der gewünschten Behandlungen aufgeklärt und verstehe diese; außerdem erkläre ich, dass ich keine Erkrankung(en) habe, die die gewünschte Behandlung ungeeignet machen würden. Ich werde meinen Behandler während der Behandlung über etwaige Beschwerden informieren, damit er entsprechend darauf reagieren kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, alle Haftungsansprüche gegenüber meinem Behandler und der Klinik / dem Studio

(Name: _____)

zu verzichten für Verletzungen oder Schäden, die aufgrund unvollständiger oder falscher Angaben zu meiner Krankengeschichte entstehen könnten. Ich stimme zu, dass Sonnenschutz ein integraler Bestandteil meines täglichen Lebens wird und regelmäßig wie erforderlich angewendet wird, um den maximalen Nutzen der Hautbehandlung sicherzustellen.

Ich habe mich freiwillig dafür entschieden, die folgende Behandlung durchführen zu lassen, nachdem mir die Art und der Zweck der Behandlung sowie die damit verbundenen Risiken erläutert wurden.

Behandlung: _____

Obwohl es unmöglich ist, jedes potenzielle Risiko und jede Komplikation aufzulisten, wurde ich über mögliche Vorteile, Risiken und Komplikationen informiert. Ich erkenne ebenfalls an, dass keine Ergebnisse garantiert werden können und dass die Ergebnisse individuell von Alter, Hautzustand und Lebensstil abhängen. Es besteht die Möglichkeit, dass ich für die erwarteten Ergebnisse zusätzliche Behandlungen an den behandelten Stellen benötige, was mit weiteren Kosten verbunden ist.

Ich habe die Pflegehinweise nach der Behandlung gelesen und verstanden.

Mir ist bewusst, wie wichtig es ist, alle Anweisungen zur Nachbehandlung genau zu befolgen. Sollten sich weitere Fragen oder Bedenken bezüglich meiner Behandlung oder der empfohlenen Heimpflegeprodukte ergeben, werde ich mich umgehend an den Behandler wenden.

Ich habe nach bestem Wissen eine genaue Darstellung meiner Krankengeschichte gegeben, einschließlich aller bekannten Allergien sowie aller verschriebenen Medikamente oder Produkte, die ich derzeit einnehme oder äußerlich anwende. Ich habe diese Vereinbarung und alle oben genannten Informationen gelesen und vollständig verstanden.

Ich verstehe das Verfahren und akzeptiere die Risiken. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet, und ich stimme den Bedingungen dieser Vereinbarung zu. Ich halte den Behandler, deren Unterschrift unten erscheint, nicht für verantwortlich für jegliche meiner bestehenden, jedoch zum Zeitpunkt dieser Hautbehandlung nicht offengelegten Bedingungen, die durch die heute durchgeführte Behandlung beeinflusst werden könnten.

ORT, DATUM

KUNDE

BEHANDLER