



ANAMNESEBOGEN für die Ästhetikbehandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte beantworten Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig. Sie helfen mir damit, Informationen über relevante Vorerkrankungen, Behandlungen oder medizinische Risiken zu erhalten und zu berücksichtigen. So kann ich eine auf Sie abgestimmte Behandlung in meiner Praxis ermöglichen.

Name

Vorname

Adresse

.....

geboren am

Größe (cm) Gewicht (kg)

Beruf

Telefon privat

mobil

Email

Hausarzt

Anlass des Besuches

- Mesotherapie-Behandlung
- Peeling
- Drip Spa
- Carboxytherapie
- Needling
- Skinbooster
- andere:

Hatten Sie in der Vergangenheit irgendeine Ästhetikbehandlung? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Botox®-Behandlung
 - Fillertherapie mit Hyaluronsäure
- Kennen Sie den Namen des verwendeten Produkts?
.....

- Fadenlifting
- Gesichtspeeling
- Facelifting / operative Gesichtsstraffung

- Laserbehandlung
- andere kosmetische Operation

Sind bei Ihnen Kontraindikationen bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Schwangerschaft / Stillzeit
- aktive Akne
- Lippenherpes
- Einnahme von Blutverdünnern
- Epilepsie
- Diabetes
- Infekt
- Strahlen- / Chemotherapie
- Langzeitkortisontherapie
- multiple Allergien
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Leber- / Nierenerkrankungen
- Allergie auf Sojaprodukte
- Adipositas
- Lipodystrophie

Nehmen Sie regelmäßig oder häufig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Blutverdünner z.B. ASS 100, Marcumar
- Cortisonpräparat
- Immunsuppressiva
- Weitere:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche (insbesondere Medikamente)?

.....
Sind Sie Raucher(in)? Ja (Anzahl Zigaretten/Tag:) Nein

Für Frauen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Stillen Sie zur Zeit? Ja Nein

Sonstige wichtige Informationen:

.....
Ort, Datum, Unterschrift