

BEHANDLUNGSVERLAUF					
	Datum	Behandlung	Areal	Technologie/ Modus	Parameter
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

PATIENTENANAMNESE

FÜR ÄSTHETISCHE BEHANDLUNGEN

NUMMER

NACHNAME

VORNAME

PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

Name

Geburtsdatum

Gewicht

BMI

Adresse

Stadt

Land

Telefon

E-Mail

ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR DIE BEHANDLUNG

Hatten Sie zuvor schon einmal eine ästhetische Behandlung?

☐ Nein

Ja:

☐ Laser

☐ Blitzlampe

☐ Radiofrequenz

☐ Akustische Welle

☐ Filler

☐ Botulinumtoxin

☐ Kryotherapie

☐ Andere:

Haben Sie sich zuvor schon einmal einer kosmetischen Operation unterzogen?

☐ Nein

Ja:

.....

Hatten Sie chemische Peelings oder eine Hautabschleifung im letzten Monat?

☐ Nein

Ja:

.....

Haben oder hatten Sie schon einmal eine Akne-Behandlung?

☐ Nein

Ja

Haben Sie Tätowierungen?

☐ Nein

Ja; Lokalisation:

Wie sieht Ihre natürliche Haarfarbe aus?

☐ Schwarz

☐ Dunkelbraun

☐ Hellbraun

☐ Dunkelblond

☐ Hellblond

☐ Rot

☐ Rotblond

☐ Grau

Wie reagiert Ihre Haut auf das erste Sonnenbaden?

☐ Sonnenbrand, keine Bräunung (Hauttyp I)

☐ Meist Sonnenbrand, nur sehr selten Bräunung (Hauttyp II)

☐ Manchmal leichter Sonnenbrand, bräunt relativ einfach (Hauttyp III)

☐ Selten Sonnenbrand, bräunt überdurchschnittlich (Hauttyp IV)

☐ Selten Sonnenbrand, bräunt übermäßig (Hauttyp V)

☐ Kein Sonnenbrand, bräunt einfach (Hauttyp VI)

Waren Sie in den letzten 4 Wochen Sonneneinstrahlung ausgesetzt oder auf der Sonnenbank?

☐ Nein

Ja

PATIENTENANAMNESE

☐ Herzleiden

☐ Diabetes

☐ HIV / AIDS

☐ Autoimmunerkrankung

☐ Arthritis

☐ Lymphprobleme

☐ Akuter/Früherer Krebs

☐ Hepatitis

☐ Tuberkulose

☐ Hirsutismus

☐ Schilddrüsenerkrankungen

☐ Hormonbehandlung

Blutdruck:

☐ hoch

☐ normal

☐ niedrig

Sind Störungen des Stoffwechsels oder wichtiger Organe bekannt?

☐ Nein

Ja

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

☐ Nein

Ja

Nehmen Sie Schmerzmittel?

☐ Nein

Ja

Nehmen Sie orale Verhütungsmittel?

☐ Nein

Ja

Leiden Sie an Allergien auf Cremes, Medikamente oder andere Dinge?

☐ Nein

Ja:

Verwenden Sie zur Zeit Creme, Medikamente oder homöopathische Mittel?

☐ Nein

Ja:

☐ Aspirin C☐ Ibuprofen☐ Marcumar☐ Johanniskraut☐ Hydrochinon

☐ Antibiotika☐ Retinoide☐ Kortison☐ Vitamin D☐ Glycol

☐ Antidepressiva☐ Paracetamol☐ Steroide☐ Gerinnungshemmer☐ Selbstbräuner

☐ Andere:

Leiden Sie an Hautbeschwerden?

☐ Nein

Ja:

☐ Akne☐ Narben (normal)☐ Herpes simplex (Fieberbläschen)☐ Infektionen im Intimbereich

☐ Keloide☐ Narben (hypertroph)☐ Herpes genitales (Fieberbläschen)

☐ Psoriasis☐ Vitiligo☐ Neurodermitis

☐ Andere:

Haben Sie an den zu behandelnden Stellen Hautveränderungen?

☐ Nein

Ja

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung oder entstehen leicht blaue Flecken?

☐ Nein

Ja

Sind Sie anfällig für überschießende Narbenbildung?

☐ Nein

Ja

Rauchen Sie?

☐ Nein

Ja

Leiden Sie unter Krampfadern, Thrombose oder Schwellungen der Füße?

☐ Nein

Ja

Sind Sie besonders lichtempfindlich oder haben Sie eine sogenannte Sonnenallergie?

☐ Nein

Ja

Gibt es bekannte Erkrankungen in der Verwandtschaft ersten Grades?

☐ Nein

Ja:

Haben Sie einen Herzschrittmacher, Implantate oder Prothesen?

☐ Nein

Ja:

Gibt es weitere aktuelle oder frühere Erkrankungen, die durch die bisherigen Fragen nicht erfasst wurden?

☐ Nein

Ja:

Unterschrift Patient(in)

Unterschrift Behandler(in)

Datum

ICH BESTÄTIGE, DASS ALLE AUFGEFÜHRTEN DATEN KORREKT SIND.