

FRAGEBOGEN

vor der Behandlung mit IPL, SHR & E-light Gerät

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____ Tel: _____

E-mail: _____

Adresse: _____

Wie sind Sie auf unser Unternehmen aufmerksam geworden?

- Internet
- Empfehlung
- Außenwerbung
- Messe
- Sonstiges

1. Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Erkrankung?

Nein Ja, welche? _____

2. Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein Ja, welche? _____

3. Nehmen Sie Lichtsensibilisierende Mittel ein? Einnahme von Medikamenten die zu Lichtempfindlichkeit führen: Alle Medikamente und Cremes, die die Lichtempfindlichkeit der Haut erhöhen, sollten mindestens zwei Wochen vor der Behandlung abgesetzt werden. Dazu gehören u.a. Ro-Accutane, Tetracycline, Vitamin C, Johanniskraut, Antibiotika etc.

Nein Ja, welche? _____

4. Nehmen Sie Blutverdünner ein?

Nein Ja, welche? _____

5. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft/Stillzeit?

Nein Ja

6. Tragen Sie Implantate?

Nein Ja, welche? _____

7. Leiden Sie an Epilepsie?

Nein Ja

8. Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Nein Ja

9. Haben Sie psychische/geistige Krankheiten?

Nein Ja, welche? _____

10. Haben Sie Hormonstörungen?

Nein Ja, welche? _____

11. Sind Sie zurzeit in einer hormonellen Behandlung? (Schilddrüsenhormone, Antibabypille)

Nein Ja, welche? _____

12. Haben Sie Hautkrebs oder Tumore?

Nein Ja

13. Leiden Sie an Gefäßerkrankungen?

Nein Ja

14. Nehmen Sie Immunsuppressive Medikamente?

Nein Ja, welche? _____

15. Leiden Sie an HIV-Infektion oder AIDS?

Nein Ja

16. Haben Sie zurzeit Hautverletzungen wie z.B.: Offene Wunden, bakterielle oder Pilzinfektionen, Ekzeme, Neurodermitis, Psoriasis, Herpes I+II etc.?

Nein Ja, welche? _____

17. Wurden Sie im Gesicht oder an der Brust operiert?

Nein Ja, welche? _____

18. Haben Sie sich Botox injizieren oder mit Hyaluronsäure behandeln lassen?

Nein Ja

19. Leiden Sie an Diabetes (Mellitus) oder Hämophilie?

Nein Ja

20. Leiden Sie an starken Durchblutungsstörungen?

Nein Ja

21. Bestehen bei Ihnen umfangreiche Venenleiden?

Nein Ja

22. Haben Sie sich schon einmal mit Laser epilieren lassen?

Nein Ja

23. Haben Sie kürzlich ein Microdermabrasion- oder Fruchtsäurepeeling gemacht?

Nein Ja

24. Verwenden Sie zurzeit selbstbräunende Cremes oder Lotions?

Nein Ja, welche? _____

25. Waren Sie in den letzten 4-6 Wochen in der Sonne oder im Solarium?

Nein Ja

26. Haben Sie Hautallergien auf Licht?

Nein Ja

27. Haben Sie eine Neigung zu keloider (wulstiger) Vernarbung oder Lichtdermatose?

Nein Ja

28. Haben Sie irgendwelche Körperliche Besonderheiten?

Nein Ja, welche? _____

Welche Körperzone/n möchten Sie behandeln lassen? _____

Es wurde ein Komplettpreis von _____ Euro/Behandlung für folgende

Behandlungszonen _____ vereinbart.

Ort, Datum Unterschrift Kunde

Unterschrift Behandler(in)