

# **FRAGEBOGEN**

## **vor der Behandlung mit dem Plasma Pen**

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

1. Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Erkrankung?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
2. Nehmen Sie Medikamente ein?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Nehmen Sie Blutverdünner ein?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
4. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft/Stillzeit?  
 Nein  Ja
5. Leiden Sie an Epilepsie?  
 Nein  Ja
6. Haben Sie einen Herzschrittmacher?  
 Nein  Ja
7. Haben Sie psychische Krankheiten?  
 Nein  Ja, welche?
8. Haben Sie an der Behandlungsstelle Melanome, Hautkrebs oder Tumore bzw. Muttermale, die noch nicht untersucht wurden?  
 Nein  Ja
9. Leiden Sie an HIV-Infektion oder AIDS?  
 Nein  Ja
10. Haben Sie zurzeit Hautverletzungen wie z.B.: Offene Wunden, bakterielle Infektionen oder Pilzinfektionen, Ekzeme, Neurodermitis, Psoriasis, Herpes I+II etc.?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
11. Haben Sie sich Botox injizieren oder mit Hyaluronsäure behandeln lassen?  
 Nein  Ja, wo? \_\_\_\_\_
12. Leiden Sie an Diabetes (Mellitus) oder Hämophilie?  
 Nein  Ja
13. Haben Sie kürzlich ein Microdermabrasion- oder Fruchtsäurepeeling gemacht?  
 Nein  Ja, wo? \_\_\_\_\_
14. Verwenden Sie zurzeit selbstbräunende Cremes oder Lotions?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
15. Waren Sie in den letzten 4-6 Wochen in der Sonne oder im Solarium?  
 Nein  Ja \_\_\_\_\_
16. Haben Sie eine Neigung zu keloider (wulstiger) / hypertrophe Vernarbung?  
 Nein  Ja \_\_\_\_\_
17. Haben Sie irgendwelche körperliche Besonderheiten?  
 Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Es wurde ein Komplettpreis von \_\_\_\_\_ Euro/Behandlung für folgende  
Behandlungszonen \_\_\_\_\_ vereinbart.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Kunde/Kundin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Behandler(in)