

Pat.-ID:

ANAMNESEBOGEN für die Ästhetikbehandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

da wir Sie noch nicht kennen oder Ihre Anamnese sich vielleicht geändert hat, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit Informationen über relevante Vorerkrankungen, Behandlungen oder medizinische Risiken zu erhalten und zu berücksichtigen. So können wir eine optimale Behandlung in unserer Praxis ermöglichen.

Name Vorname

Adresse

geboren am Größe (cm) Gewicht (kg)

Beruf

Telefon privat mobil

E-Mail

Hausarzt

Anlass des Besuches Botox®-Behandlung Fillertherapie mit Hyaluronsäure Fadenlifting
 Needling / PRP 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 Gesichtstraffung Laserbehandlung
 andere kosmetische Operation

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? Infektionserkrankungen (z.B. Herpes, Hepatitis, HIV)
 Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 Bluterkrankungen (z.B. Gerinnungsstörung/ Thrombose, Leukämie, Anämie)
 endokrine Erkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse)
 Autoimmunerkrankung (z.B. Muskelerkrankung, Myasthenia gravis, Lambert-Eaton-Syndrom,
Lupus erythematoses, Neurodermitis)
Bitte gegebenenfalls weitere Angaben:

Pat.-ID:

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:

.....
.....
.....
.....

Datum: Unterschrift: