

# ANAMNESEBOGEN – KONTRAINDIKATIONEN



In einigen Fällen / Situationen sollte keine apparative oder Fruchtsäure-Anwendung erfolgen, bzw. sollte über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir um Informationen über Ihren Gesundheitszustand!

Vor- / Nachname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Erkrankungen	Ja	Nein
Blutgerinnungsstörungen		
Diabetes		
Herzerkrankung		
Gefäßerkrankung, z. B. Thrombose		
Schwere Durchblutungsstörungen		
Erkrankung des Nervensystems, wie Parkinson, Epilepsie, Multiple Sklerose		
Akute bakterielle oder virale Infektion (Fieber, Grippe, Tuberkulose)		
Herpes		
HIV		
Hepatitis		
Autoimmunerkrankung (z. B. Vitiligo)		
Akute Bindehautentzündung		
Allergien		
<b>Welche?</b>		
Schuppenflechte		
Neurodermitis		
Hautkrebserkrankung		
<b>Wann?</b>		
Krebserkrankung oder bösartiger Tumor		
Wann?		
Verdacht auf bösartige Tumore?		
Medikamente / Implantate / Therapien:	Ja	Nein
Dauerhafte oder akute Einnahme von Cortison, Marcumar, Glukokortikoiden, Warfarin, Heparin, Salicylsäure, Aspirin oder anderen blutverdünnenden Medikamenten		
<b>Welche?</b>		
Anti-Akne Medikamente in den letzten 12 Monaten		
<b>Welche?</b>		
Antibiotika		
<b>Welche?</b>		
Hormonpräparate		
<b>Welche?</b>		
Chemo- oder Radiotherapie		
Kortikosteroid-Therapie		
Sonstiges	Ja	Nein
Chemisches Peeling oder Schälkur in den letzten 8 Wochen		
Schönheitsoperation / Unterspritzung im zu behandelnden Bereich		
<b>Wann?</b>		
<b>Was?</b>		
Laserbehandlung zur Haarentfernung in den letzten 2 Wochen im zu behandelnden Bereich		
Laserbehandlung beim Dermatologen in den letzten 8 Wochen im zu behandelnden Bereich		
Schwangerschaft oder Stillzeit		
Alkohol- / Drogeneinfluss		

Stempel / Unterschrift

Ich bin über die bevorstehende Behandlung aufgeklärt worden, habe den Informationsbogen erhalten und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift