

In einigen Fällen / Situationen sollte **keine apparative 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!		Microderm- abrasion	Ultraschall	Micro- Needling	Spot Reducer
	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				Köbner	!	
Neurodermitis			!		!	
Couperose / Rosazea			!			
Hautkrebserkrankung <b>Wann?</b>			!	!	!	!
Krebserkrankung oder bösartiger Tumor <b>Wann?</b>			!	!	!	!
Verdacht auf bösartige Tumore?			!	!	!	!
<b>Medikamente / Implantate / Therapien:</b>	ja	nein				
Dauerhafte oder akute Einnahme von Cortison, Marcumar, Glukokortikoide, Warfarin, Heparin, Salicylsäure, Aspirin oder anderer blutverdünnenden Medikamente <b>Welche?</b>			!		!	
Anti-Akne Medikamente in den letzten 12 Monate <b>Welche?</b>			!		!	
Antibiotika <b>Welche?</b>			!	!	!	!
Hormonelle Verhütung			!		!	!
Hormonpräparate generell <b>Welche?</b>			!		!	!
Herzschrittmacher				!		
Implantierte Insulinpumpe				!		
Metallimplantate				!		
Chemo- oder Radiotherapie			!	!	!	!
Kortikosteroid-Therapie					!	
<b>Sonstiges</b>	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			!	!	!	
<b>Bei Körperbehandlungen</b>	ja	nein				
Akutes Gelenkrheuma				!		
Akute Röntgen- oder Wirbelsäulen-Therapie				!		

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

Institutsstempel

Ort, Datum

Unterschrift