

ANAMNESE FRAGEBOGEN

HIFU

Bitte füllen Sie diesen Anamnese Fragebogen vor Ihrem HIFU-Behandlungstermin aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____

Männlich:

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

Weiblich:

PLZ, Stadt: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Vorerkrankungen?	Proteinallergie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Herz-Leber-Nierenerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Schwangerschaft	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Aids und HIV	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Hauterkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Empfindliche oder entzündete Haut	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Plastische Gesichtschirurgie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Metallimplantate	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Angiokardiopathie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
	Gesichtsbehandlungen mit Dermafüllern (Hyaluronsäure)	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

Während der Behandlung darf kein Wasser auf der Haut sein.

- Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie uns Haut-oder psychische Krankheiten vor Aufnahme der Behandlung mitgeteilt haben.
- Unmittelbar nach der Behandlung können kurzfristige Rötungen der Haut auftreten.
- Eine Garantie für den zu erwarteten Erfolg kann aus rechtlichen Gründen nicht gegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift