

Medizinischer Fragebogen

Frau Herr

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Leiden Sie an einer Sinusitis? Ja Nein

Leiden Sie zurzeit an einer Angina oder einer anderen HNO-Erkrankung?

Sind Sie zurzeit in einer umfassenden Zahnbehandlung? Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (wie Aspirin, Marcumar, Heparin o.ä.)? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Gerinnungsstörung oder an einer Leberfunktionsstörung? Ja Nein

Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine Beautybehandlung? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Wann zuletzt? _____

Sind dabei unerwünschte Nebenwirkungen aufgetreten? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Hatten Sie in den letzten zwei Jahren eine Faltenunterspritzung? Ja Nein

Material/ Filler? _____

Wann? _____

Hatten Sie bereits ästhetische Operationen (Lifting, Fettabsaugen, Lid-, Nasen-, Brustoperationen)? Ja Nein

Art der Operation? _____

Wann zuletzt? _____

Sind nach den Operationen oder nach Verletzungen Störungen in der Wundheilung (Narbenbildung) aufgetreten? Ja Nein

Art der Störung? _____

Sind Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?

Ja Nein

Art der Behandlung? _____

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung oder Immunsuppression?

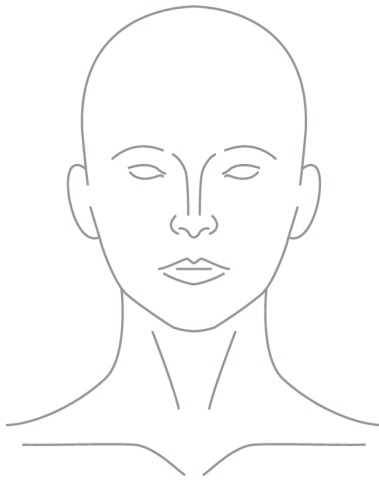
Ja Nein

Art der Erkrankung? _____

Sind Sie Epileptiker?

Ja Nein

Bitte zeichnen Sie die Areale ein, in denen Sie bereits eine Beauty-Behandlung hatten:



- Stirn
- Glabellafalte
- Nasenrücken
- Ohren
- Wangenvolumen
- Nasolabialfalten
- Gesichtsoval
- Krähenfüße
- Wangenknochen
- Lippenvolumen
- Lippenkonturen
- Marionetten
- Hals
- Dekolleté

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Patienten:
