

## Gesundheitsfragebogen für die Haarentfernung mit Laser

## Persönliche Daten

Name

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

E-Mail

## Fragen zur Gesundheit

| Frage                                                                                                                                                 | JA                       | NEIN                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Leiden Sie an einer Hauterkrankung (z. B. Ekzeme, Psoriasis)?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Haben Sie in den letzten 6 Monaten Retinoide (z. B. Isotretinoin) oder andere<br>Hautmedikamente eingenommen?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein (z. B. Antibiotika, Blutverdünner)?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Leiden Sie an einer Lichtempfindlichkeit oder hatten Sie in der Vergangenheit<br>lichtbedingte Hautreaktionen?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Haben Sie eine Vorgeschichte von Krebs, Hautkrebs oder Krebsvorstufen?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Haben Sie Tattoos oder Permanent Make-up in den zu behandelnden Bereichen?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Sind Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Haben Sie Allergien?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Nehmen Sie oder nahmen Sie bis vor kurzem Medikamente, Hormone?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Sind Sie oder waren Sie an Herpes Simplex erkrankt?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Haben Sie eine Geschlechts- oder Autoimmunkrankheit?<br>Falls ja, bitte spezifizieren:                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Sind Sie schwanger oder planen Sie, in naher Zukunft schwanger zu werden?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Hatten Sie in den letzten vier Wochen Sonneneinstrahlung (inkl. Solarium), die zu<br>einem Sonnenbrand oder einer intensiven Bräunung geführt hat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Leiden Sie an einer Herz- oder Gefässerkrankung?                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Haben Sie eine Vorgeschichte von Diabetes?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |