

Gesundheitsfragebogen für die Haarentfernung mit Laser

Frage	JA	NEIN
16 Haben Sie eine Vorgeschichte von Krampfanfällen oder Epilepsie?	☐	☐
17 Leiden Sie unter Narbenbildung oder Keloidbildung nach Hautverletzungen?	☐	☐
18 Haben Sie eine Narbe, die weniger alt als 6 Monate ist?	☐	☐
19 Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Laser-Behandlung?	☐	☐
20 Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Radiofrequenz-Behandlung?	☐	☐
21 Hatten Sie kürzlich ein chemisches Peeling?	☐	☐
22 Nehmen Sie Drogen?	☐	☐
23 Haben Sie Anorexie / Bulimie oder hormonelles Untergewicht?	☐	☐
24 Haben Sie Hirsutismus (sehr starke Behaarung)?	☐	☐
25 Haben Sie Porphyrie (Blutkrankheit) oder eine Gerinnungsstörung?	☐	☐
26 Haben Sie elektronische oder metallische Implantate, Prothesen?	☐	☐
27 Haben Sie Defibrillatoren, Herzschrittmacher oder künstliche Organe?	☐	☐
28 Haben Sie Gewebewucherungen / Schwangerschaftsflecken?	☐	☐
29 Haben Sie polyzystische Eierstöcke?	☐	☐
30 Haben Sie verbrannte oder verpflanzte Haut?	☐	☐
31 Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine Eisen-Infusion?	☐	☐
32 Sind Sie hitzeunempfindlich?	☐	☐
33 Sind Sie schmerzunempfindlich?	☐	☐
34 Haben Sie ästhetische Implantate?	☐	☐

Bestätigung

Ich erkläre, dass ich die Gesundheitsfragen in diesem Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe.

Ich verstehe, dass falsche Angaben oder das Verschweigen von Informationen meine Gesundheit gefährden können und dass der Behandler sowie die Praxis für daraus resultierenden Schäden nicht haftbar gemacht werden können.

Ich verstehe, dass jegliche Änderung im Verlaufe der Behandlung dem Behandler umgehend zu melden ist.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Punkte wahrheitsgetreu ausgefüllt/beantwortet habe und ich nicht unter Alkohol oder Drogeneinfluss stehe.

Ort, Datum

Unterschrift
Kundin / Kunde

Aufgenommen von