

Anamnesebogen Dauerhafte Laserhaarentfernung

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	Beruf:
Geb. Datum:	Empfehlung durch:

	Ihre Angaben werden diskret und vertraulich behandelt! Bitte beantworten Sie für ein optimales Behandlungsergebnis und zu Ihrem eigenen Schutz folgende Fragen wahrheitsgemäß:	Ja X	Nein X
1.	Sind Sie volljährig? Wenn nein, benennen Sie Ihre/n Erziehungsberechtigte/n (Vater & Mutter...) und weisen eine Einverständniserklärung für die Laserbehandlung vor:		
2.	Fühlen Sie sich heute gesund?		
3.	Für die optimale Behandlung, ist es erforderlich, die Körperbehaarung mindestens 4 Wochen vor der Behandlung nicht mehr zu zupfen oder zu epilieren / depilieren oder mit Faden- oder Wachstechnik zu entfernen. Es sollte nur noch rasiert werden. Ist das bei Ihnen der Fall?		
4.	Hatten Sie bereits eine Diodenlaser oder IPL Behandlung? Wenn ja, wann?		
5.	Leiden Sie unter verstärkter Lichtempfindlichkeit/Sonnen-/Lichtallergie?		
6.	Nehmen Sie lichtsensibilisierende Medikamente ein? (z.B. Johanniskraut, Antibiotika, Roaccutane o. ä.) Wenn ja, welche? (Wenn Sie ein solches Mittel einnehmen, müssen Sie dieses vor der Behandlung absetzen und dürfen es während der gesamten Behandlung nicht einnehmen!) Liste der lichtsensibilisierenden Mittel und eventuelle Nebenwirkungen finden Sie im Merkblatt „Allgemeine Informationen zur Diodenlaser-Behandlung“.		
7.	Sind Sie schwanger?		
8.	Haben Sie einen Herzschrittmacher?		
9.	Leiden Sie an Epilepsie?		

		Ja X	Nein X
10.	Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?		
11.	Haben Sie Silikonimplantate? Wenn ja, welches Körperareal?		
12.	Möchten Sie auf körperliche Besonderheiten im zu behandelnden Bereich aufmerksam machen? (Bodymodifikationen, Tattoo, Piercings...)		
13.	Haben Sie chronische oder akute Hautentzündungen? (Ekzeme, Abszesse, Fisteln, verstärkter Narbenbildung, Psoriasis, etc.) Wenn ja, welches Körperareal?		
14.	Leiden Sie an chronischen Infektionskrankheiten wie Hepatitis, Aids / HIV oder Tuberkulose?		
15.	Haben Sie zurzeit eine Pilzinfektion?		
16.	Leiden Sie zurzeit an Herpes?		
17.	Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen (Diabetes Mellitus, Schilddrüse etc.)		
18.	Bestehen umfangreiche Venenleiden oder hatten Sie bereits eine Thrombose/Embolie?		
19.	Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen oder nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche?		
20.	Hatten Sie kürzlich eine Akne-/Fruchtsäurebehandlung? Wenn ja, wann?		
21.	Haben Sie künstliche Hautbräune durch Sonne oder Solarium?		
22.	Haben Sie selbstbräunende Cremes oder Lotionen benutzt?		