

Anamnesebogen Auszeit Laichingen

Name: _____

Geb.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ email: _____

Hobby: _____

Beruf: _____

Willkommen zu Ihrer Auszeit!

Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen gewissenhaft aus, um einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten.

Danke für Ihre Mühe!

Was können wir heute für Sie tun bzw. für welche Behandlung haben sie sich entschieden?

Wichtig: für Softneedling: ich wurde darüber informiert, das ich eine Woche nach der Behandlung das Sonnenbaden vermeiden und eine Sonnenschutzcreme verwenden sollte!

Unterschrift: _____ Datum: _____

Was erwarten sie sich von unserer Behandlung?

Ernährung:

Wie oft pro Woche essen oder trinken Sie folgende Nahrung-/Genussmittel?

(freiwillige Angaben, jedoch für Hautbild mit von Bedeutung)

wieviel Fleisch, Milchprodukte?

Gemüse?

Alkohol?
Rauchen Sie?
Wieviel Wasser trinken Sie?

Sind Sie in hautärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

Wurde Ihre Haut in den letzten 6 Wochen mit Fruchtsäure behandelt?

Für Sugaring: hatten Sie nach einer Enthaarung schon einmal Probleme mit der Haut?

Bitte nach dem Sugaring für 48 Stunden meiden:
Sauna, Schwimmbad, Sonnenbäder, Sport (schwitzen), Peeling

Unterschrift: _____ Datum: _____

Gibt es Erkrankungen (Diabetes, Bandscheibenvorfall, Bluthochdruck, Osteoporose....)?
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV...)?

Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen, Herzerkrankungen oder tragen sie einen Herzschrittmacher? (wichtig v. a. für Softneedling)

Gibt es Allergien?

Verdacht auf Krebs? (wichtig v. a. für Softneedling)

Nehmen Sie Medikamente? z. B. Blutverdünner, Schmerzmittel

Besteht eine Schwangerschaft? (wichtig für Softneedling)

Haben Sie Fieber?

Welche Operationen oder Unfälle gab es?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Die Risiken einer Behandlung sind erfahrungsgemäss gering. Durch Desinfektionsmittel oder Pflegeprodukte könne allergische Reaktionen auftreten, deshalb teilen Sie uns eventuelle Unverträglichkeiten bitte mit.

Zum guten Schluss:

Unser Anspruch ist es, Ihnen ihren Aufenthalt so angenehm als möglich zu gestalten. Sollte es dennoch einmal etwas geben, weshalb Sie vielleicht unzufrieden sind, so teilen sie uns dies bitte mit. So können wir immer besser auf Ihre Wünsche eingehen.

Datenschutz!

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!

Alle Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Mögliche Risiken sind mir bewusst. Ich stimme der Behandlung zu.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!