Vorname, Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon Festnetz _____

Telefon Mobil _____

e-Mail _____

Geboren am _____

WICHTIGE FRAGEN (ANAMNESE)
Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig, damit wir Ihre individuellen Risiken besser abschätzen können.
Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen.

Alter: _____ Jahre, Größe: _____cm, Gewicht: _____kg, Geschlecht: m ◯ w ◯ d ◯

1. Werden regelmäßig Medikamente (z.B. Schmerzmittel), gerinnungshemmende Mittel (z.B. Aspririn®, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®), Beruhigungsmittel, Hormone (z.B. Verhütungsmittel), Schlafmittel, Medikamente, die gegen Licht sensibilisieren (z.B. Tetracycline), Antidepressiva oder Nahrungsergänzungsmittel) eingenommen? Ja nein

2. Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, atopisches Ekzem (Neurodermitis), allergisches Kontaktekzem bzw. Unverträglichkeiten (z.B. Schmerzmittel, Medikamente, Betäubungsmittel, Kontrastmittel, Nahrungsmittel, Pflaster, Latex). Ja nein
   Wenn ja, welche?

   _____

3. Fand schon einmal eine Laserbestrahlung statt? Ja nein
   Wenn ja – wann, warum und mit welchem Laser? Welches Behandlungsareal?

   _____

   Wenn ja, war sie komplikationslos? Ja nein

4. Besteht eine Bluterkrankung, Blutarmut oder eine Gerinnungsstörung? Ja nein
   Wenn ja, bitte genauer erläutern.

   _____

5. Wurde bei Ihnen schon einmal HIV oder AIDS festgestellt? Ja nein

6 Bestand oder besteht eine Herz-Kreislauf,- Gefäß oder Lungenerkrankung (z.B. Bluthochdruck, Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörung, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Durchblutungsstörungen) oder Krebserkrankung, Epilepsie oder Diabetes? Ja nein
   Wenn ja, welche?

   _____

7. Neigen Sie zu Haut- oder anderen Infektionen? Ja nein

8. Haben Sie Lippenherpes oder Genitalherpes? Ja nein

9. Haben Sie eine erhöhte Lichtempfindlichkeit oder eine sogenannte Sonnenallergie? Ja nein

10. Haben/Hatten Sie eine Aknebehandlung? Ja nein

11. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Hautabschleifung (Microdermabrasion) oder ein chemisches Peeling vorgenommen? Ja nein
    Wenn ja, gab es Probleme? Ja nein
    Wenn ja, welche?

    _____

12. Hatten Sie schon einmal eine kosmetische Behandlung (z.B. Botox, Filler, Goldfäden, Permanentmakeup)?
    Wenn ja, wann und welche? Ja nein

    _____

13. Verwenden Sie Produkte mit ätherischen Ölen bzw. mit Johanniskraut? Ja nein

14. Haben Sie durch eine Operation Schrauben o.ä. im Körper? Ja nein

15. Neigen Sie zu unregelmäßiger Pigmentierung (helle/dunkle Flecken oder beides)? Ja nein

16. Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung? Ja nein

17. Waren Sie in den letzten 4 Wochen intensiver Sonnenbestrahlung oder Solarium ausgesetzt? Ja nein
    Wenn ja, wann und welche?

    _____

18. Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol, Tabakwaren oder andere Drogen? Ja nein
    Wenn ja, was und wie viel?

    _____

19. Zusatzfrage bei Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? Ja nein

ANMERKUNGEN ZUM AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH
(z.B. Ziel der Behandlung, individuelle Risiken und damit verbundene, mögliche Komplikationen, mögliche Neben- und Folgemaßnahmen, Erfolgsaussichten, Verhaltenshinweise, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter)

_____

_____

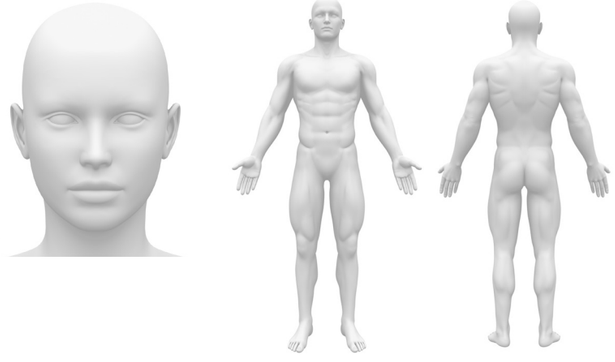
_____

_____

FOLGENDE BEHANDLUNG IST VORGESEHEN:
an folgenden Körperstellen:

◯ Im Gesicht (Oberlippe, Kinn, Augenbraue)
◯ Im Brust-, Rücken-, Bauchbereich
◯ In den Achselzonen
◯ In der Bikinizone
◯ An den Beinen
◯ Andere: (ggf bezeichnen) _____

Zum Ankreuzen und zum Einzeichnen der zu enthaarenden Bereiche.



HAARFARBE:
Hell (blond) ◯ Grau ◯ Braun ◯ Schwarz ◯ Rot ◯
FESTIGKEIT DER HAARE:
normal ◯ hart ◯ weich ◯
HAARSTÄRKE:
Stark ◯ Mittel (normal) ◯ Fein/dünn ◯
Pigmentierung der Haut:
Hell ◯ Normal ◯ Dunkel ◯ Hyperpigmentiert ◯ Vitiligo ◯

VORGESEHENER BEHANDLUNGSBEGINN (Datum): _____

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG
Über die geplante Haarentfernung, Art und Bedeutung der Behandlung, Risiken und mögliche Komplikationen und **Erfolgsaussichten** wurde ich in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Fragen zu meiner Krankenvorgeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Die Verhaltenshinweise und Empfehlungen zur Vor- und Nachsorge habe ich erhalten und werde ich beachten.

Ort, Datum, Uhrzeit: _____

Name Gast: _____
Wahrheitsgemäß von mir ausgefüllt

Senzera Kosmetikerin: _____
Der Bogen wurde mir ausgehändigt