

ANAMNESEBOGEN

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Tel.:

Mobil:

E-Mail:

Geb. am:

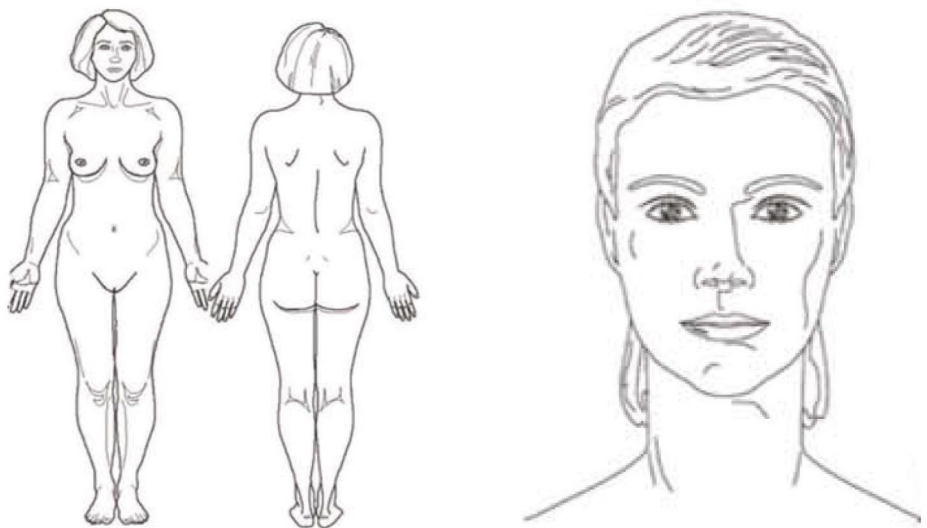
Empfohlen von:

Frühere Behandlungen:

Körperpartien, die behandelt werden sollen:

.....

Behandlungszone
einzeichnen!



Haarfarbe:

- hell (blond)
- grau
- braun
- schwarz
- rot

Haarstärke:

- stark
- mittel (normal)
- fein/dünn

Haardichte:

- dicht
- normal
- dünn

Solarium:

- nein
- ja
- wann?
- sonnen-gebräunt

Hauttyp (1-6):

Typ

ACHTUNG:

Bei intensiver Sonnenbestrahlung oder Solariumbesuche innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Behandlung ist die Anwendung mit Hyperpulse nicht möglich.

Medikamente / Krankheiten / Hauterkrankungen / Sonstiges:

Antibiotika	ja / nein <input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Hormonelle Störungen	ja / nein <input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Psoriasis	ja / nein <input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Malariaprophylaxe	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Hauttumore	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Isotretinoin	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Neurodermitis	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Tätowierungen	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Cortison	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Dunkle Muttermale	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Sonnenallergie	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Hormonpräparate	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Implantiertes Gerät (Schrittmacher, AICD usw.)	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
Johanniskraut	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Krebserkrankungen, auch frühere	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>	Sonstige	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>
		Sind sie schwanger?	<input type="radio"/> / <input type="radio"/>		

ACHTUNG:

Sollten Sie etwas mit „Ja“ ankreuzen, ist eine Behandlung unter Umständen nicht oder nur eingeschränkt möglich. Ob dem so ist, sollten Sie vor der Behandlung durch einen Facharzt abklären lassen. Bei Einnahme von Medikamenten, welche die Lichtempfindlichkeit der Haut beeinflussen, ist eine Behandlung nicht möglich

Hautzustand zu Beginn der Behandlung:

Normaler unauffälliger Hautzustand: ja / nein
 / Wenn nein, bitte beschreiben:

Richtigkeit aller gemachten Angaben:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller gemachten Angaben.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

Behandlungen:

Datum	Preis	Hauttyp	Region	Energie (HPC)
-------	-------	---------	--------	---------------

1	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....	.....
7	.....	.....	.....	.....
8	.....	.....	.....	.....
9	.....	.....	.....	.....