

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

1. Medizinische Vorgeschichte

Bitte geben Sie an, ob bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen oder gesundheitlichen Probleme vorliegt:

- Allergien (bitte angeben: _____)
- Hauterkrankungen (z. B. Ekzeme, Psoriasis, Rosazea)
- Diabetes
- Herpes (aktiv)
- Autoimmunerkrankungen
- Bluthochdruck
- Hautkrebs
- Epilepsie
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- Schwangerschaft oder Stillzeit
- Andere (bitte angeben: _____)

Haben Sie oder hatten Sie in der Vergangenheit eine der folgenden Hauterkrankungen oder Beschwerden?

- Akne (aktuell)
- Pigmentstörungen (z. B. Melasma)
- Narbenbildung oder Keloide
- Lichtempfindliche Haut
- Sehr empfindliche Haut

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja : _____
- Nein

Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine der folgenden Medikamente eingenommen?

- Roaccutan (Isotretinoin) oder andere Medikamente gegen Akne
 - Antibiotika oder andere Medikamente, die die Hautempfindlichkeit erhöhen
 - Blutverdünner
 - Kortisonpräparate
 - Andere Medikamente (bitte angeben: _____)
-

2. Informationen zur Behandlung

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Haarentfernungsmethoden gemacht?

- Rasur
- Wachsen
- Zupfen
- Sugaring
- IPL (Intense Pulsed Light)
- Andere (bitte angeben: _____)

Haben Sie bereits eine Laser-Haarentfernung durchgeführt?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wie viele Sitzungen wurden durchgeführt und mit welchem Ergebnis?

3. Haut- und Sonnenschutz

Haben Sie in den letzten 4 Wochen viel Zeit in der Sonne verbracht oder einen Sonnenbrand gehabt?

- Ja
- Nein

Benutzen Sie regelmäßig Sonnenschutzmittel?

- Ja: LSF: _____
- Nein

4. Weitere Fragen zur Behandlung

Haben Sie eine bekannte Empfindlichkeit gegenüber Licht oder Laserbehandlungen?

- Ja
- Nein

Haben Sie in der Vergangenheit allergische Reaktionen auf Hautpflegeprodukte oder andere Behandlungen gehabt?

- Ja
 - Nein
-

5. Einverständniserklärung

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person und die über meinen Gesundheitszustand. Bei Änderungen des Gesundheitszustandes informiere ich Beatrice Schmid

Unterschrift des Patienten: _____

Datum: _____