

FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Kunden,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich, mit einem unserer Mitarbeiter. Ihre Antworten erleichtern es uns, die bestmögliche Behandlung für Sie auszuwählen.

Bitte beachten Sie, dass bei den unten genannten Aufzählungen eine Behandlung ausgeschlossen ist. Wir empfehlen vorerst Ihren zuständigen Arzt aufzusuchen, um eine Freigabe der Behandlung zu erhalten.

Bitte zutreffendes ankreuzen

1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine ähnliche Behandlung durchgeführt?

Ja Nein

2. Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Mittel ein ?
wie z.B: Aspirin, Vitamin-K, Marcumar, THOMAPYRIN C u.s.w.

Ja Nein

3. Nehmen Sie zurzeit Antibiotika, Kortisonpräparate, entzündungshemmende Medikamente, die zu erhöhten Lichtempfindlichkeit führen?

Ja Nein

4. Besteht eine Diabetes, die nicht unter Kontrolle ist ?

Ja Nein

5. Besteht oder bestand eine Hautkrebserkrankung?

Ja Nein

6. Besteht oder bestand eine Hepatitis oder HIV-Infektion?

Ja Nein

7. Haben Sie starke Durchblutungsstörungen oder umfangreiche Venenleiden?

Ja Nein

8. Leiden Sie an Hautkrankheiten?

Ja Nein

Wenn ja an welcher:

9. Neigen Sie zu Rötungen, Schwellungen oder Nesselsucht?

Ja Nein

10. Besteht eine Allergie gegen ein Anästhesiemittel?

Ja Nein

11. Leiden Sie unter einer akuten Herpesinfektion?

Ja Nein

12. Sind Sie zur Zeit schwanger oder befinden Sie sich in der Stillzeit?

Ja Nein

13. Neigen Sie zur Hypo-Hyperpigmentierung? Oder zur Narbenbildung?

Ja Nein

BEMERKUNG
