

Anamnese- und Beratungsbogen

Vor der ersten Behandlung führen wir mit Ihnen ein Anamnese- und Beratungsgespräch durch. Um Das Risiko eventueller Nebenwirkungen zu minimieren bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Haben Sie Hautprobleme an den Stellen an denen das Waxing erfolgen soll?

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Narben | <input type="checkbox"/> Pigmentstörungen | <input type="checkbox"/> Besenreiser |
| <input type="checkbox"/> Warzen | | |

2. Wie wurde die Haarentfernung in den letzten Monaten vorgenommen?

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Waxing | <input type="checkbox"/> Sugaring | <input type="checkbox"/> Zupfen |
| <input type="checkbox"/> Faden | <input type="checkbox"/> Rasieren | <input type="checkbox"/> IPL |
| <input type="checkbox"/> Epiliergerät | <input type="checkbox"/> Sonstige | |

3. Wie sind Ihre Erfahrungen mit der oben genannten Behandlungen?

4. Befinden Sie sich momentan in einer der folgenden Behandlungen?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IPL | <input type="checkbox"/> Laser | <input type="checkbox"/> Schälkur |
| <input type="checkbox"/> Fruchtsäure | <input type="checkbox"/> Demabrasion | <input type="checkbox"/> Sonstige |

5. Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente?

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnung | <input type="checkbox"/> Akne-Medikamention | <input type="checkbox"/> Hormone |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapeutika | <input type="checkbox"/> Sonstige | |

6. Leiden Sie an folgenden Krankheiten?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hautkrebs | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hämophilie | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Sonnenbrand/Verbrennung |

7. Haben Sie Allergien gegen folgende Inhaltsstoffe?

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kolophonium | <input type="checkbox"/> Bienenwachs | <input type="checkbox"/> Duftstoffe |
| <input type="checkbox"/> Farbstoffe | <input type="checkbox"/> Konservierer | <input type="checkbox"/> Sonstige |

8. Leiden Sie unter schmerzhaften Krampfadern / Gefäßerkrankungen?

9. Haben Sie gelegentlich eingewachsene Haare?

10. Hat Ihre Haut eine erhöhte Entzündungstendenz?

11. Sind Sie schwanger?

VIELEN DANK

Selbstverständlich werden diese Daten höchst vertraulich behandelt und dienen ausschließlich dem Zweck einer professionellen Behandlung.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

