

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG & ANAMNESE

Kunde

Vollständiger Name

Straße, Hausnummer

E-Mail

Geburtsdatum

PLZ

Ort/Stadt

Telefonnummer

Was ist Dir besonders wichtig?/
Welches Ziel möchtest du mit der
Kosmetikbehandlung erreichen?

Medizinische Fragen

Ist es deine erste Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Hast Du Epilepsie oder Herz-/Kreislaufprobleme?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Hast Du Blutgerinnungsstörungen oder Blutarmut?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Hast Du eine chronische Krankheit?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Hast Du eine Hepatitis oder Diabetes Erkrankung?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Hast Du eine akute Infektionskrankheit?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Bist Du HIV positiv?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Behandlungen wie Hyaluron, Botox oder Cortison?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hast Du Hautkrankheiten oder Hautprobleme?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Bist Du anfällig für Herpes?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Bist Du schwanger oder stillst?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

Hast Du Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Sollten wir sonst etwas über Dich wissen?

☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen

☐ Ich bestätige, dass ich umfassend und detailliert über den Behandlungsvorgang und mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt wurde. Meine Fragen wurden vollständig beantwortet. Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und verstanden habe, dass eine Behandlung nur durchgeführt werden kann, wenn keine gesundheitlichen Gründe dagegen sprechen und dass es keine Garantie für das Ergebnis gibt. Ich verstehe, dass die Behandlung auf eigenes Risiko stattfindet.

☐ Ich habe die AGB und den Datenschutz gelesen und akzeptiere diese.

☐ Ich bestätige, dass ich in den letzten 24 Stunden weder Alkohol noch Drogen konsumiert habe und keine blutverdünnenden Medikamente eingenommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift Studio

Unterschrift Kunde