

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

DER BEHANDLUNGSFRAGEBOGEN

1. Treten bei Ihnen folgende Symptome oder Hautzustände auf?

- ☐ Fieber
- ☐ Hautentzündungen
- ☐ Herpes
- ☐ Verletzungen der Haut im Gesicht, auf dem Hals und/oder des Dekolleté
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Akne Rosacea

2. Wurden bei Ihnen folgende Behandlungen durchgeführt?

(Falls JA, bitte in den Notizen angeben, wann die Behandlung durchgeführt wurde.)

- ☐ Wurzelspitzenresektion
- ☐ invasive Zahnbehandlung
- ☐ Botox
- ☐ Filler (z. B. Hyaluronsäure)
- ☐ Fadenlifting
- ☐ Fadenlifting mit Haken

- ☐ Laser oder RF (Radiofrequenz)

- ☐ chemische Peelings (welche?

-----)

- ☐ Andere (welche? -----)

3. Haben Sie Allergien (z. B. auf Kosmetika)?

- ☐ Nein

- ☐ Ja (bitte angeben: -----)

NOTIZEN

(Lass Raum, um zusätzliche Anmerkungen einzutragen.)

Unterschrift:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die angegebenen
Informationen korrekt sind.

Datum: -----

Unterschrift: -----