

# Anamnese zur Haarentfernung

Datum: \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Behandlungswunsch/ Region der Behandlung

Haarentfernung

\_\_\_\_\_ gewünschte Behandlungsbereiche

## Anamnese/ Physiologie

Leiden Sie unter Lichtempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_

Tragen Sie metallische Implantate? \_\_\_\_\_

Haben Sie sich in letzter Zeit einer Mikrodermabrasion, chemischen Peeling, Fruchtsäurepeeling oder einer Behandlung mit Fraktionallaser unterzogen? Wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie tätowiert? Wo? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits klinische/ chirurgische Eingriffe? Welche & Wann? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Wann haben Sie sich das letzte mal direkter Sonne ausgesetzt? \_\_\_\_\_

Gehen Sie regelmäßig ins Solarium? \_\_\_\_\_

Epilieren oder entfernen Sie Ihre Haar mit Wachs, Zuckerpaste oder chemischen Enthaarungscremes? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie lang liegt die letzte Behandlung zurück? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Herzerkrankung? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Epilepsie oder Multipler Sklerose? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche mit Lichtempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich in der Menopause? \_\_\_\_\_

Anderes: \_\_\_\_\_

Die Daten werden vertraulich behandelt. Hiermit versichere ich, alle Angaben der Wahrheit entsprechend, gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift