

Anamnesebogen

ÄSTHETISCHE APPARATIVE BEHANDLUNGEN

Ihre Angaben sind Grundlage für eine sichere Behandlung und werden vertraulich behandelt.

Datum _____

1 PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon / E-Mail _____

2 BEHANDLUNGSWUNSCH

Gewünschte Behandlung _____

Ihr Ziel _____

3 HAUTTYP NACH FITZPATRICK

☐ Typ I – sehr hell

☐ Typ II – hell

☐ Typ III – mittel

☐ Typ IV – oliv

☐ Typ V – dunkelbraun

☐ Typ VI – sehr dunkel

4 SONNE & BRÄUNUNG

Intensive Sonne, Solarium oder Selbstbräuner in den letzten 4 Wochen? ja ☐ nein ☐

Sonnenurlaub in den nächsten 4 Wochen geplant? ja ☐ nein ☐

5 MEDIKAMENTE

Photosensibilisierende Medikamente (z. B. bestimmte Antibiotika, Johanniskraut)? ja ☐ nein ☐

Isotretinoin (Aketherapie) – aktuell oder in den letzten 6–12 Monaten? ja ☐ nein ☐

Blutverdünnende Medikamente (z. B. ASS, Marcumar, DOAK)? ja ☐ nein ☐

Kortison (dauerhaft, innerlich oder im Behandlungsareal)? ja ☐ nein ☐

Sonstige Medikamente _____

6 GESUNDHEIT & VORERKRANKUNGEN

- Neigung zu Herpes (v. a. im Behandlungsareal)? ja ☐ nein ☐
- Neigung zu Keloiden / überschießender Narbenbildung? ja ☐ nein ☐
- Epilepsie (Reaktion auf Lichtblitze)? ja ☐ nein ☐
- Diabetes oder Wundheilungsstörungen? ja ☐ nein ☐
- Autoimmun- oder Bindegewebserkrankungen? ja ☐ nein ☐
- Hauterkrankungen im Behandlungsareal (z. B. Ekzem, Psoriasis, Infektion)? ja ☐ nein ☐
- Krebserkrankung – aktuell oder in Behandlung? ja ☐ nein ☐
- Herzschrittmacher, Defibrillator oder Metallimplantate im Areal? *wichtig bei Radiofrequenz* ja ☐ nein ☐
- Schwangerschaft oder Stillzeit? ja ☐ nein ☐

7 HAUT & VORBEHANDLUNGEN

- Tätowierungen oder Permanent Make-up im Behandlungsareal? ja ☐ nein ☐
- Filler, Botulinum oder Fadenlifting im Areal? ja ☐ nein ☐
- Frühere Laser-/IPL-/RF-/HIFU-Behandlungen? ja ☐ nein ☐
- Fruchtsäure-, Retinol- oder Retinoid-Pflege im Areal (letzte 2 Wochen)? ja ☐ nein ☐

Bekannte Allergien _____

8 BEHANDLUNGSAREALE

GESICHT & HALS

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Stirn | ☐ Zornesfalte | ☐ Augenpartie |
| ☐ Wangen | ☐ Nase | ☐ Nasolabialfalten |
| ☐ Lippen / Mund | ☐ Kinn / Jawline | ☐ Hals / Dekolleté |

KÖRPER

- | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Achseln | ☐ Arme | ☐ Hände |
| ☐ Brust | ☐ Bauch | ☐ Rücken |
| ☐ Bikinizone / Intim | ☐ Po | ☐ Beine |

Weitere Areale / Anmerkungen _____

9 BESTÄTIGUNG

Ich bestätige, dass ich die Fragen nach bestem Wissen vollständig beantwortet habe, und informiere die Praxis über Änderungen vor jeder weiteren Behandlung. Die Hinweise zur Datenverarbeitung nach DSGVO habe ich erhalten.

Ort, Datum, Unterschrift Patient/in _____

Datum, Unterschrift Behandler/in _____