

ANAMNESE- DOKUMENTATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

(Der Fragebogen unterliegt der Schweigepflicht)

Vorname

Name

Geburtsdatum

Handy / Tel. Nr.

Email

PLZ / Wohnort

Anschrift

Ja Nein Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor oder stillen Sie?

Ja Nein Wurden Sie bereits mit Fillern / Fäden behandelt?
Wenn ja, mit welchen Produkten?

Ja Nein Wurden in dem zu behandelnden Gebiet schon ästhetische Maßnahmen durchgeführt?
Wenn ja, welche?

Ja Nein Gab es bei der Behandlung Komplikationen?
Wenn ja, welche?

Ja Nein Hatten Sie in den letzten 5 Tagen eine zahnärztliche Behandlung (OP, Prophylaxe)?

Ja Nein **Reagieren Sie überempfindlich auf**
äußerliche Betäubungsmittel z.B.: Emla Creme, Lidocain

Ja Nein Hyaluronsäure

Ja Nein Schmerzmittel, Betäubungsmittel, Medikamente

Ja Nein Pflaster?

Name:

Patientenaufklärungsbogen | Biohyalux | Mesotrax | Seite 1 / 3

- Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

Neigen Sie zu

- verstärkter Narbenbildung?
 Pigmenstörungen?
 Nerven-/Gemütsleiden, Panikattacken, Depressionen?
 Krampfanfälle, Epilepsie, Lähmungen?

- Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

Hatten / haben Sie eine

- Herpesinfektion?
 Rosacea?
 Schuppenflechte?
 Akne?
 entzündliche Infektion? Besonders im HNO-Bereich oder mit multiresistenten Keimen MRSA

- Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein

- Herzmittel?
 Schmerzmittel?
 gerinnungshemmende Mittel z.B.: Marcumar®, Aspirin®?
 Beruhigungsmittel, Schlafmittel? Wenn ja, welche?
-
-

- Ja Nein

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, z.B.: zu hoher/niedriger Blutdruck, Angina Pectoris, Herzinfarkt?

- Ja Nein

Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten oder Blutergüssen – auch ohne Verletzungen, z.B. nach leichten Stößen oder festem Griff?

- Ja Nein

Sind bei Ihnen Überempfindlichkeiten oder auch Allergien (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Asthma) bekannt?

- Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine Autoimmunkrankheit vor, z. B. Rheuma, MS, HIV?

- Ja Nein

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall, eine Embolie oder Thrombose?

Alle meine Angaben sind – soweit mir bekannt – richtig und vollständig.

Unterschrift

Ort, Datum

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich meinen ausdrücklichen Wunsch: Die Behandlung folgender aufgeführter Stellen, durch eine Injektion mit einem Hyaluronsäure Filler aus dem BioHyalux Sortiment und / oder Lifting Fäden aus dem Sortiment MESOTRAX, heute durchführen zu lassen:
(nicht zutreffendes streichen)



- Stirn
- Glabella
- Augenbrauen/Oberlider
- Krähenfüße
- Augenringe/Fältchen
- Wangenknochen
- Wangen
- Nasolabialfalten
- Oberlippenfältchen
- Oberes Lippenvolumen
- Oberlippenkanal

- Unteres Lippenvolumen
- Mundwinkelanhebung
- Mundwinkel/Marionettenfalten
- Gesichtsoval
- Kinn
- (Gesicht) Hals
- Dekolleté
- Oberarme
- Hände
- Sonstiges

Unterschrift

Ort, Datum

Behandler