

Anamnese und Kundenbestätigung

Kundenbestätigung / Anamnese

Einige Krankheiten oder die Einnahme von Medikamenten könnten durch die Anwendung der Divine Pro-Technologien negative Folgen hervorrufen. Wir bitten Sie deshalb in Ihrem eigenen Interesse die unten aufgeführten Fragen ehrlich und korrekt zu beantworten.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Krankheiten:

- Chronische Hauterkrankungen wie Herpes, Psoriasis, Ekzeme, Akne
- Allergien oder allergischen Reaktionen wie leichten Rötungen, Ausschlägen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- Blutgerinnungsproblemen (Einnahme von Blutverdünnern, Thrombose, Emboliegefahr)
- Erkrankung der endokrinen Drüsen (z.B. Diabetes)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck)
- Immunerkrankungen (verringerte Immunabwehr)
- Infektionserkrankungen
- Nervenkrankheiten (z.B. Epilepsie)
- Sind Sie in Hormonbehandlung

Nein Ja (falls ja, bitten wir Sie um eine schriftliche Einwilligung Ihres Arztes)

Nehmen Sie zur Zeit oder haben Sie in der letzten Woche ein Medikament eingenommen (ausgenommen Verhütungsmittel)?

Nein Ja (falls ja, darf die Behandlung erst 1 Woche nach der Einnahme eines Medikaments vorgenommen werden, falls das Medikament täglich eingenommen wird, benötigen wir die Zustimmung Ihres Arztes)

Haben Sie innerhalb der letzten 72 Stunden eine Impfung erhalten?

Nein Ja (falls ja, darf die Behandlung erst 72 Stunden nach der Impfung erfolgen)

Besitzen Sie einen Herzschrittmacher, ein Implantat (auch Liftingfäden) oder eine Prothese?

Nein Falls ja, in welcher Region des Körpers? _____

Wurden Hautunterspritzungen (Botox, Hyaluron) oder ästhetische Eingriffe vorgenommen?

Nein Wenn ja in welchem Areal und welche _____

Benutzen Sie homöopathische Produkte oder Pflanzenextrakte wie z.B. Johanniskraut?

Nein Wenn ja, welche _____

Setzen Sie sich häufig der Sonne aus, gehen ins Solarium oder benutzen Selbstbräuner (extern oder intern)?

Nein Wenn ja, wann war es das letzte Mal _____

Verfügen Sie über ein permanent Make-up oder eine Tätowierung?

Nein Wenn ja, in welcher Region des Körpers? _____

Haben Sie Pigmentstörungen?

Nein Wenn ja, welche und wo _____

Folgen Sie einer Behandlung, die Ihre Haut zarter, dünner machen sollte (z.B. Fruchtsäureanwendung oder Mikrodermabrasion)? Oder nehmen Sie Medikamente gegen Akne ein?

Nein Wenn ja, welche Behandlung, Produkte _____

Haben Sie allergische Reaktionen auf gewisse Inhaltsstoffe in Kosmetika?

Nein Wenn ja, welche _____

Sind Sie in Erwartung?

Nein Ja

Ich bestätige, die Fragen ehrlich und ausführlich beantwortet zu haben. Falls eine Änderungen von einer Behandlung zur anderen eintreten sollte, werde ich diese vorab unaufgefordert mitteilen.

Name : _____ Vorname : _____ Geburtsdatum : _____

Selbstverständlich werden diese Angaben streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschliesslich zur Behandlungsabsicherung.