

- Gesundheitsfragebogen

PRP Blutplasma Behandlung:

Diamant

Kosmetik:

Alex:

C/Peel:

B/Peel:

Cellcosmet:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Tel.Nr. : _____ Mobile: _____

Geburtsdatum: _____ e-Mail: _____

Woher kennen Sie unser Institut: _____

Die Kundin / der Kunde versichert, dass sie/ er zum Zeitpunkt der Behandlung gesund ist, keinen Alkohol und keine Drogen konsumiert und nachfolgende Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß beantwortet:

Volljährig: Ja Nein

Diabetes: Ja Nein

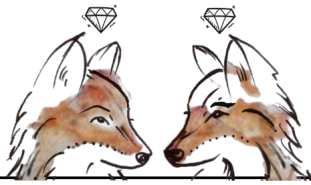
Bluter: Ja Nein

Schwanger: Ja Nein

Stillzeit: Ja Nein

Hepatitis: Ja Nein

HIV : Ja Nein



Epilepsie: Ja Nein

Laser / chem. Peelings: Ja Nein

Implantate: Ja Nein

Autoimmunkrankheit: Ja Nein

Blutverdünner: Ja Nein

Herzschrittmacher: Ja Nein

Infektionen: Ja Nein

Chron. Erkrankung: Ja Nein

Herpes simplex: Ja Nein

Krebsleiden/Chemo: Ja Nein

Hatten Sie vor kurzem eine Botox Behandlung? Ja Nein

Planen Sie eine Botox Behandlung? Ja Nein

Allergien: Ja Nein wenn ja welche: _____

Medikamente: Ja Nein wenn ja welche: _____

Allergien auf Kräuter: Ja Nein wenn ja welche: _____

Sollten Informationen vorenthalten werden, die zur gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Gefährdung der Kundin oder des Studio bzw Ordinations Personals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden. Die Einholung eines Arzteugnisses vor der Behandlung bleibt ausdrücklich vorbehalten. Die vorliegenden Informationen unterstehen dem Datenschutz und werden absolut vertraulich behandelt.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____