



INDIKATIONSBOGEN

SKIN PERFECTOR

NON INVASIVES NEEDLING

PERSÖNLICHE DATEN:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Adresse:	
Telefon:	Mobil:

INDIKATIONEN:

Besteht Verdacht auf Krebs oder maligne Tumore?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen oder Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünnungs-Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Fieber?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Herpes?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Alkohol oder Drogen zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter einer bakteriellen Infektion? (z.B. Furunkel, Karbunkel, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Warzen oder erhabene Muttermale?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie keloide Narben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter einer Immuninsuffizienz? (Behandlung möglich nach Rücksprache mit dem Hausarzt)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Psoriasis oder Neurodermitis?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie im Behandlungsgebiet Ekzeme oder entzündliche Akne?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wurde bei Ihnen Rosazea diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wurden in der letzten Zeit chemische Peelings durchgeführt? (Fruchtsäurebehandlungen, Schälkuren)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja was und wann:	<hr/> <hr/>	
Wurden ästhetische Eingriffe vorgenommen? (Fadenlifting, Botox, Unterspritzungen, Laserbehandlungen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja was und wann:	<hr/> <hr/>	

Ort, Datum

Unterschrift



INDIKATIONSBOGEN

SKIN PERFECTOR

MICRO-DERMABRASION

PERSÖNLICHE DATEN:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Adresse:	
Telefon:	Mobil:

INDIKATIONEN:

Besteht Verdacht auf Krebs oder maligne Tumore?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen oder Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünnungs-Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Fieber?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Herpes?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Alkohol oder Drogen zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter einer bakteriellen Infektion? (z.B. Furunkel, Karbunkel, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Warzen oder erhabene Muttermale?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie keloide Narben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter einer Immuninsuffizienz? (Behandlung möglich nach Rücksprache mit dem Hausarzt)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Psoriasis oder Neurodermitis?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie im Behandlungsgebiet Ekzeme oder entzündliche Akne?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wurde bei Ihnen Rosazea diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wurden in der letzten Zeit chemische Peelings durchgeführt? (Fruchtsäurebehandlungen, Schälkuren)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Wenn ja was und wann:

Wurden ästhetische Eingriffe vorgenommen?
(Fadenlifting, Botox, Unterspritzungen, Laserbehandlungen)

Nein Ja

Wenn ja was und wann:

Ort, Datum

Unterschrift