



## Anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Liebe Kundinnen und Kunden,  
um Risiken der Behandlung zu minimieren und mögliche Gefahren abzuwenden,  
bitte ich Sie, sorgfältig die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie chronische Erkrankungen? Ja [ ] Nein [ ]
2. Müssen Sie regelmäßig Medikamente nehmen? Ja [ ] Nein [ ]
3. Leiden Sie unter häufigen Nasenblutungen oder Blutergüssen,  
auch ohne Verletzungen? Ja [ ] Nein [ ]
4. Sind bei Ihnen Pigmentstörungen bekannt? Ja [ ] Nein [ ]
5. Ist bei Ihnen verstärkte Narbenbildung (Keloid) bekannt? Ja [ ] Nein [ ]
6. Sind bei Ihnen Allergie oder Unverträglichkeit von Medikamenten,  
Betäubungsmitteln, Pflaster oder Latex bekannt? Ja [ ] Nein [ ]
7. Haben Sie Herpesinfektion? Ja [ ] Nein [ ]
8. Hatten Sie bereits ästhetische Eingriffe (Lifting, Lid, Nasen, Kieferkorrektur)? Ja [ ] Nein [ ]
9. Haben Sie bereits Schönheitsbehandlungen vornehmen lassen? Ja [ ] Nein [ ]

Wann und was zuletzt? \_\_\_\_\_

Traten dabei unerwünschte Nebenwirkungen auf? Ja [ ] Nein [ ]

10. Frauen im gebärfähigem Alter: Könnten Sie schwanger sein? Ja [ ] Nein [ ]

11. Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Internet-Suchmaschine (z.B. Google)

Jameda-Bewertungsportal

Empfehlung (Familie, Kollege, Bekannte)

Praxis-Webseite

Facebook

Anders

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_