

Gesundheitsfragebogen

Persönliche Daten

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nachname		Telefonnummer (Tagsüber)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname		Telefonnummer (Mobil)	
geboren am		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		E-Mail	
Straße, Hausnr.		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort	Sonstiges / Bemerkungen	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Beruf			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Größe in cm	Gewicht in kg		

Anamnese

Ernährung | Genussmittel | Sport

Wie schätzen Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten ein?

normal unregelmäßig ausgewogen Diät/leicht reichhaltig

Wieviel Flüssigkeit (Wasser, Tee o.a.) nehmen Sie täglich auf?

wenig bis zu 2 Liter mehr als 2 Liter

	Ja	Nein
Führen Sie eine Fastenkur durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und wie oft?		
Nehmen Sie Abführ- oder Diätmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Sind Sie regelmäßig sportlich aktiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welchen und wie oft?		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviel?		
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie oft (regelmäßig, ab und zu, ...)?		
Nehmen Sie Drogen (z. B. Cannabis, Heroin, Ecstasy, Kokain)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Ästhetische Behandlungen

Ist bei Ihnen bereits eine der folgenden ästhetischen Behandlungen erfolgt?	Ja	Nein
Botox®-Behandlung Welche Region? Mit welchem Präparat? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faltenunterspritzung oder Volumenaufbau? Welche Region? Mit welchem Präparat? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigenfetttransplantation Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medical Needling (Dermaroller) Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Vampire-Lift“ (PRP-Behandlung) Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faden-Lifting Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser-Behandlung der Haut Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionslipolyse (Fettweg-Spritze) Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kryolipolyse (Kältebehandlung von Fettpolstern) Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall-Behandlung Welche Region? Art der Behandlung (z.B. UL-Therapy)? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesotherapie Welche Region? Mit welchem Präparat? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautaabschleifungen Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemisches Peeling Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Verfahren Wenn ja, welche Region? Art des Verfahrens? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Komplikationen oder Probleme bei o.g. Verfahren? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie zufrieden mit Art und Ergebnis der Behandlung? Was hat Sie evtl. gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ästhetische Operationen

Sind bei Ihnen eine der folgenden ästhetische Operationen durchgeführt worden?	Ja	Nein
Facelift Welche Region (Hals, Gesicht, Stirn etc.)? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lid-Straffung Welche Region (Ober- oder Unterlider)? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettabsaugung Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustimplantate Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustverkleinerung? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Implantate (Gesäß, Wangen, etc.) Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straffungs-Operationen (z. B. Bauchdecke, Oberarme - Oberschenkel) Welche Region? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haartransplantation Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Verfahren Wenn ja, welche Region? Art des Verfahrens? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Komplikationen oder Probleme bei o.g. Verfahren? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie zufrieden mit Art und Ergebnis der Behandlung? Was hat Sie evtl. gestört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Operationen

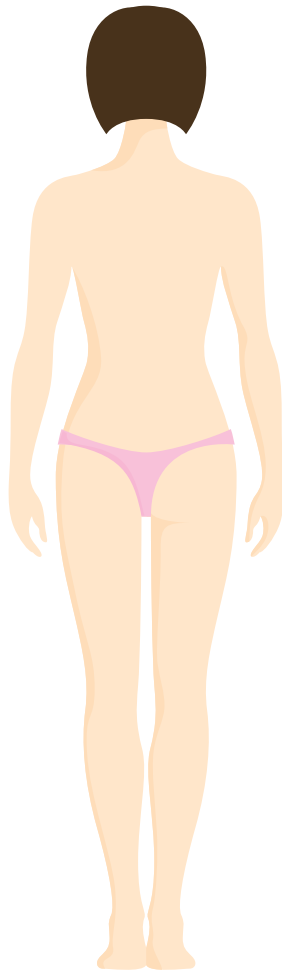
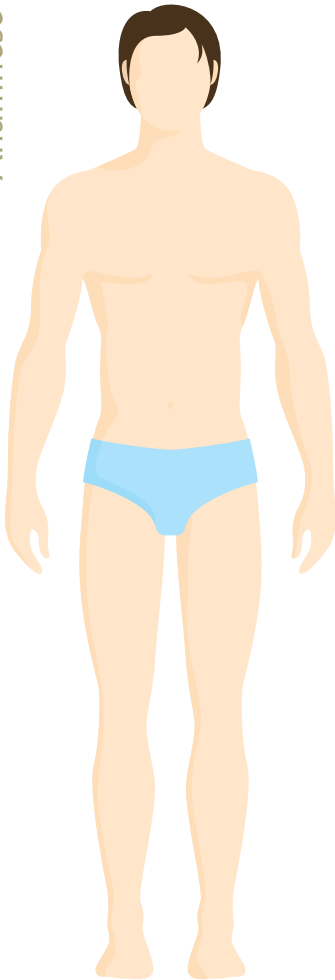
Sind Sie in der Vergangenheit bereits operiert worden (aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls)	Ja	Nein
Wenn ja, was ist operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein?	Ja	Nein
Beispielsweise Schmerzmittel, Antibabypille, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar®, Aspirin®, ASS, Plavix®)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

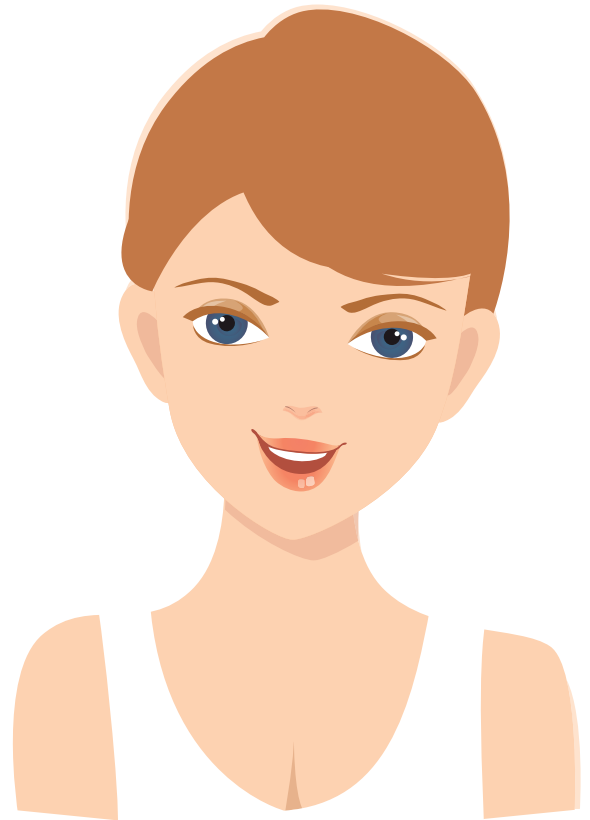
Wenn ja, welche?

Anamnese



Ästhetische Behandlungen und Operationen

Behandelte Bereiche bitte markieren.



Krankheiten

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?	Ja	Nein
Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Pollen, Medikamente, Nahrungsmittel, Kosmetika, Lidocain, Vitamine, Hyaluronsäure, Pflaster, Latex) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörungen? (z.B. häufiges Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzungen bzw. nach leichter Berührung) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-System (z. B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Erkrankung der Herzkranzgefäße, Rhythmusstörungen)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder eine künstliche Herzklappe? Wenn ja, was genau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterielle Verschlusskrankheit? Wenn ja, wo genau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems (z. B. Darmerkrankungen, Unverträglichkeiten, Geschwüre) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfallsleiden) Wenn ja, Häufigkeit und wann zuletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartige Tumore? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankheiten

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?	Ja	Nein
Krankheit der Atemwege (z.B. Asthma bronchiale, Lungenemphysem, COPD)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankungen (z.B. Myasthenia gravis)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörung (z.B. Diabetes=Zuckerkrankheit, Gicht)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Diabetes: Spritzen Sie Insulin oder nehmen „Zuckertabletten“? Wenn ja, Name des Medikaments und Häufigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Autoimmunkrankheit? (z.B. Kryoglobulinämie, Kältehäoglobinämie, Kälteurtikaria, rheumatoide Polyarthrit, Sklerodermie, Lupus erythematoses, multiple Sklerose) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Bewegungsapparates (z.B. Rheuma, Bandscheibenvorfälle, Arthrose, Gelenkprobleme) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten (z.B. Akne, Rosacea, Neurodermitis, Rosacea)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nesselsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärkte Narbenbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pigmentstörungen (z.B. Hypo- oder Hyperpigmentierungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärkte Lichtempfindlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Infektionen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen mit multiresistenten Keimen (z. B. MRSA) in der Vergangenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Wundheilungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Herpes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es in der Vergangenheit Komplikationen bei einer örtlichen Betäubung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbkrankheit oder chronischen Erkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankheiten

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Ja

Nein

Nierenerkrankung?
Wenn ja, welche?

Augenerkrankungen (z. B. grauer/grüner Star)
Wenn ja, welche?

Erkrankungen des Fettgewebes (z. B. Lipödem)
Wenn ja, welche?

Fettstoffwechselstörung (z. B. erhöhtes Cholesterin)
Wenn ja, welche?

Störung des Hormonhaushalts?
Wenn ja, welche?

Lymphdrüsenenerkrankung?
Wenn ja, welche?

Implantierte Metallteile?
Wenn ja, wo?

Akute oder chronische Infektionskrankheit (z. B. HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose)?
Wenn ja, welche?

Erkrankungen des Zahnfleisches oder der Zähne
Wenn ja, welche?

Sonstige, oben nicht aufgeführter Erkrankungen:
Wenn ja, welche?

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb?

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnten Sie schwanger sein?

Stillen Sie?

Nehmen Sie Hormone zur Verhütung?
Wenn ja, welche?

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, Dr. med. Niels Freitag über etwaige Änderungen meines Gesundheitsstandes, der Medikamenteneinnahmen – und bei Frauen über eine eventuelle Schwangerschaft – zu informieren, da diese von grundlegender Bedeutung für eine entsprechende Behandlung sein können. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass durch eine unrichtige oder unvollständige Beantwortung Nachteile für die Behandlung oder das Behandlungsergebnis entstehen können. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und niemals unbefugten Dritten zur Verfügung gestellt.

Ort	Datum	Unterschrift Patient
-----	-------	----------------------