



MICROBLADING

Fragebogen

	JA	NEIN
Sind Sie Bluterin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Autoimmunkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mussten Sie sich im letzten Jahr einer Chemotherapie unterziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie im letzten Jahr Cortison eingenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ein Herzleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja welche? _____		

Nehmen Sie regelmässig Medikamente oder blutverdünnende Mittel ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie HIV infiziert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Hepatitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neigen Sie zu Herpes Simplex?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neigen Sie zu blauen Flecken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie Schwanger oder Stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie zurzeit Gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich bestätige, dass ich über den Behandlungsverlauf informiert worden bin und habe das vorliegende Merkblatt über eventuelle Risiken genau gelesen. Soweit ich Fragen hatte, wurden mir diese hinreichend und abschliessend beantwortet. Ich bin mit der Behandlung für das Microblading einverstanden.

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____