

Fragebogen vor der IPL & Laserbehandlung

Name: _____

Ort / Datum: _____

Strasse: _____

Name der beratenden Person: _____

Tel-Mobil Nr. : _____

	JA	NEIN
1. Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nehmen Sie Lichtsensibilisierende Mittel ein? z.B. Johanniskraut, Antibiotika, Kortison o.ä. Wenn ja, bitte 6 Wochen warten!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nehmen Sie Blutverdünner oder Aspirin ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tragen Sie Implantate, Stützähne, Brücken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tragen Sie ein Goldnetz - Implantat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tragen Sie Metallschienen oder Nägel im Körper?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sind Sie Diabetiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Leiden Sie an starken Durchblutungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Besteht bei Ihnen umfangreiche Venenleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Haben Sie zurzeit eine Herpes - Erkrankung oder einen sog. ruhenden Herpes in der Behandlungszone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Neigen Sie zu Allergien? (methyl komplexe - Ultraschallgel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Haben Sie selbstbräunende Cremes oder Lotions verwendet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Haben Sie künstliche Hautbräune durch Sonne oder Solarium?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Haben Sie kürzlich ein Peeling gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Haben Sie Herzprobleme oder tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wir entfernen keine Tattoos und können auf Tattoos auch keine Haare entfernen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Wir können keine Haare entfernen, die kein Melanin mehr enthalten!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Möchten Sie auf körperliche Besonderheiten aufmerksam machen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Welche Körperzone/n möchten Sie behandeln lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ort, Datum

Unterschrift