

CHIRURGIE · GEFÄSSCHIRURGIE  
LASERMEDIZIN · ÄSTHETIK

Medizinischer Fragebogen vor einer ästhetischen Leistung

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?

nein  ja, bitte Sportart und Häufigkeit angeben: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Überempfindlichkeit(en) oder Allergie(n)? ( Nahrungsmittel, Kosmetika, Asthma, Hyaluronsäure, Latex, Lidocain, Vitamine, etc.)

nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits operative Eingriffe?

nein  ja, bitte Art der Operation und Datum des Eingriffs angeben: \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits ästhetische Operationen? ( Lifting, Liposuktion, Lidstraffung, Bauchdeckenstraffung, Fadenlifting, Implantate (Wangen/Kinn/Brust o.ä.) etc. ?

nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_  < 1 Monat  < 3 Monate  < 6 Monate  >1 Jahr

Hatten Sie nach chirurgischen Eingriffen oder Verletzungen Schwierigkeiten mit der Narbenbildung?

nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Schönheitseingriffe vornehmen lassen?

nein  Laser  Peeling  Dermabrasion  Injektion  Fadenlifting

Datum \_\_\_\_\_  < 1 Monat  < 3 Monate  < 6 Monate  >1 Jahr

Hatten diese früheren Schönheitseingriffe unerwünschte Nebenwirkungen?

nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Hatten Sie in letzter Zeit eine Zahnbehandlung?

nein  Ja, wann zuletzt:

Datum \_\_\_\_\_  < 1 Monat  < 3 Monate  < 6 Monate  >1 Jahr

Haben Sie in nächster Zeit eine Zahnbehandlung geplant?

nein  ja, bitte die Art der Behandlung und das vorgesehene Datum angeben: \_\_\_\_\_

---

---

---

Hatten Sie schon einmal eine Reaktion auf eine örtliche Betäubung (z.B. bei einer Zahnbehandlung)?

- nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine Faltenunterspritzung oder einen Volumenaufbau im Gesicht?

- nein  ja
- Hyaluron (z.B. Juvederm, Radiesse, Restylane, Sculptra, Stylage etc.),  
welcher Bereich und wann zuletzt: \_\_\_\_\_
- Botox, welcher Bereich und wann zuletzt: \_\_\_\_\_
- anderes Produkt: \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mesotherapie durchgeführt?

- nein  ja, wann zuletzt und in welchem Bereich: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer Autoimmunkrankheit oder einer Erkrankung, die das Immunsystem beeinträchtigt ( Diabetes mellitus, rheumatische Polyarthrit, Psoriasis, Schilddrüsenproblem, Sklerodermie, entzündliche Darmerkrankung, Lupus erythematodes, multiple Sklerose etc.)?

- nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie Autoimmunerkrankungen aufgetreten?

- nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Treten bei Ihnen gelegentlich Hautreaktionen auf ( Herpes, Akne, Rosazea ect.) ?

- nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter wiederkehrenden Hautinfektionen, Entzündungen oder anderen Infektionen im Gesicht?

- nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Haben Sie Rheuma?

- nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Leberfunktionsstörung?

- nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung bekannt oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein (Aspirin, Marcumar, Xarelto, Heparin etc.)?

- nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen ein Anfallsleiden wie z.B. Epilepsie bekannt?

- nein  ja, bitte genauer angeben: \_\_\_\_\_

Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unser Praxis bereit. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!**

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