

ANAMNESEBOGEN

Anamnesebogen zur ästhetischen Behandlung

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig. Die Angaben dienen Ihrer Sicherheit sowie der fachgerechten Planung und Durchführung der Behandlung.

Vorbehandlungen

Haben Sie bereits eine ästhetische Faltenbehandlung oder Unterspritzung erhalten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, womit?

☐ Hyaluronsäure

☐ Calciumhydroxylapatit / Radiesse®

☐ Polynukleotide

☐ Botulinumtoxin

☐ Fadenlifting

☐ Sonstiges: _____

Wann wurde die letzte Behandlung durchgeführt?

In welchen Bereichen wurde behandelt?

Kam es dabei zu Komplikationen, Unverträglichkeiten oder allergischen Reaktionen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Medizinische Angaben

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein, z. B. ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto, Heparin oder ähnliche?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente, Lokalanästhetika, Lidocain, Latex, Desinfektionsmittel, Pflaster, Jod oder sonstige Stoffe?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Wundheilungsstörungen?

☐ Ja ☐ Nein

Neigen Sie zu überschießender Narbenbildung oder Keloiden?

☐ Ja ☐ Nein

Neigen Sie zu Blutergüssen, Nachblutungen oder Zahnfleisch-/Nasenbluten?

☐ Ja ☐ Nein



Hatten Sie in den letzten 6 Monaten ein chemisches Peeling, Microneedling, Laserbehandlung oder andere intensive Hautbehandlungen im Gesichtsbereich?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Erkrankungen

Besteht eine Hauterkrankung, z. B. Neurodermitis, Psoriasis, Rosacea, aktive Akne oder sonstige?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Liegt aktuell eine Entzündung, Infektion oder ein fieberhafter Infekt vor?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Neigen Sie zu Herpes simplex, insbesondere im Gesichts- oder Lippenbereich?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie häufig?

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?



Leiden Sie an Diabetes oder einer anderen Stoffwechselerkrankung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine Autoimmunerkrankung vor?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Leiden oder litten Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris oder koronarer Herzkrankheit?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose, Embolie oder einen Gefäßverschluss?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann?

Bestehen neurologische oder psychiatrische Erkrankungen, z. B. Depressionen, Angststörungen, Burnout, Borderline-Syndrom oder ähnliche?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen sonstige Erkrankungen oder gesundheitliche Besonderheiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Implantate / besondere Umstände

Haben Sie Implantate oder Fremdmaterial im Körper oder im Behandlungsbereich, z. B. Silikon, Fillerreste, Fäden, Herzschrittmacher, Defibrillator, künstliche Herzklappe, Metallimplantate?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Impfung erhalten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____