



Gesundheits - Fragebogen

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen wahrheitsgemäß, damit wir eine optimale Pigmentierung durchführen können.

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich von uns behandelt. Bei falschen Angaben übernimmt das Studio Schönheitswahn 26 keinerlei Haftung für die Behandlung.

Bitte bringen Sie diesen Zettel am Tag Ihres Beratungstermins mit.

Leiden Sie an folgenden Krankheiten oder nehmen Sie nachfolgende Medikamente ein?

- | | |
|------------------------------|---|
| Hämophilie (Bluterkrankheit) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis A, B, C, D, E, F | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| HIV – positiv | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hauterkrankungen | <input type="radio"/> ja _____ <input type="radio"/> nein |
| Ekzeme | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Allergien | <input type="radio"/> ja _____ <input type="radio"/> nein |
| Autoimmunerkrankungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Neigen Sie...

- | | |
|--------------------------------------|---|
| zu Herpes? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| zu Infektionskrankheiten/Fieber | <input type="radio"/> ja _____ <input type="radio"/> nein |
| zu Epilepsie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| zu akuten Herz- / Kreislaufproblemen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Schönheitswahn 26
Inh.: Emilia Stefanaki
Karlstr. 26
72764 Reutlingen

Kontakt
Telefon: 0 71 21 / 16 88 655
E-Mail: info@schoenheitswahn26.de
Web: www.schoenheitswahn26.de

Öffnungszeiten
Mo. – Fr.: 11:00 – 20:00 Uhr
Samstag: 11:00 – 16:00 Uhr

Nehmen Sie...

blutverdünnende Medikamente ja nein

regelmäßige Medikamente ja _____ nein

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Liegt eine Verheilungsschwäche vor? ja nein

Haben Sie in den letzten 24 Stunden

Drogen oder Alkohol eingenommen? ja nein

Sind Sie in den letzten 14 Tagen operiert,

bestrahlt oder anderweitig

ärztlich behandelt worden? ja nein

Wenn ja, was wurde behandelt?

Sonstige Angaben:

Hiermit bestätige ich, die oben stehenden Gesundheitsfragen gelesen und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

(bitte in Druckbuchstaben)

Vor-/ Nachname: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Schönheitswahn 26

Inh.: Emilia Stefanaki
Karlstr. 26
72764 Reutlingen

Kontakt

Telefon: 0 71 21 / 16 88 655
E-Mail: info@schoenheitswahn26.de
Web: www.schoenheitswahn26.de

Öffnungszeiten

Mo. – Fr.: 11:00 – 20:00 Uhr
Samstag: 11:00 – 16:00 Uhr